

AGGRESSION UND HYSTERIE

Eine Untersuchung an 15 weiblichen Patienten

Birgit Renner

1974



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der psychiatrischen Klinik der Universität München
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. H. Hippus
Leit. Oberarzt Prof. Dr. med. H. Dietrich.

AGGRESSION UND HYSTERIE

Eine Untersuchung an 15 weiblichen Patienten.

Inaugural Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Birgit Renner
aus Bad-Abbach

München

1973

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

1. Berichterstatter:	Prof. Dr.med. H. Dietrich
2. Berichterstatter:	Prof. Dr.med. H. Hippius
Dekan:	Prof. Dr.med. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	21.5.1974



AGGRESSION UND HYSTERIE.

Eine Untersuchung an 15 weiblichen Patienten.

Inhalt.	Seite
Einleitung und Fragestellung.	1-2
<u>1. Das Thema Aggression.</u>	
1.1. Definitionen-Extrakt.	2-3
1.2. Ansichten zur Genese.	2-3
1.2.1. Instinkt- bzw. triebdynamische Konzepte.	3-5
1.2.2. Kritische Diskussion dieser Konzepte.	5-9
1.2.3. Die verschiedenen "exogenen" Einflüsse auf die Ausformung aggressiven Verhaltens.	9-12
1.3. Klassifikationsmodelle: nach "Oberflächeneigenschaften", nach physiolog. Gesichtspunkten, "faktorenanalytische" Möglichkeiten.	12-15
1.4. Das Modell von KAUFMANN zur "Verhaltenswissenschaftlichen Bedingungsanalyse aggressiver Reaktionen".	15-19
Überleitung	
<u>2. Das Thema Hysterie.</u>	
2.1. Kursorische Umkreisung des Themas. Historisches.	19-25
2.2. Neuere Literatur.	
2.2.1. Biologische und neurophysiologische Beiträge. (Exkurs: neurophysiologische Grundlagen, speziell die formatio reticularis und ihre Beziehungen zu Vigilanz und Bewußtheit).	25-34
2.2.2. Psychologische Beiträge: Verhaltenspsychologie; Persönlich- keits- und Charakterforschung; Entwicklungspsychologie.	34-41
2.2.3. Tiefenpsychologische Beiträge: Psychoanalyse, Analytische Psychologie.	41-48
2.2.4. Klinische Beiträge: Symptomatik; Katamnestische Unters.; Zusammenhänge von Konversionsreaktion und "Hysterie"; Hereditäre Faktoren; Fallstudie an 1033 Fällen.	48-55
2.3. Moderne Klassifikationen: Anglo-amerikanischer Raum; Frankreich; Italien; Deutschland; das ICD der WHO.	56-58
2.4. Spezielle Krankheitsbeschreibung;	

2.4.1. Die sog. "hysterische" Reaktion (Abgrenzung: Konversionsreaktion, psychogene Reaktion).	Seite 59-62
2.4.2. Die sog. Angsthysterie.	63
2.4.3. Die sog. "hysterische" Persönlichkeit (Abgrenzung Psychopathie).	64-68
2.4.4. Randgebiete: Hysteroepilepsie. Hysterie und Psychose. GANSER-Syndrom. Anorexia mentalis.	68-74
2.5. Anhang	
2.5.1. Häufigkeits- und Geschlechtsverteilung.	75
2.5.2. Die Veränderungen der hysterischen Erscheinungen im Alter	76
2.6. Der soziale Bezug.	
2.6.1. Zur "Geschlechtsrolle" der Frau in den patrilinearen und in einer matrilinearen Kultur.	76-83
2.6.2. Die "Rolle des psychisch Kranken" und die soziale Interaktion.	83-91
2.6.3. Zur Soziogenese des Rollenverhaltens.	92-97
2.6.4. Ein tiefenpsychologischer Beitrag zur Soziogenese der der Rollenpathologie.	97-102
2.7. Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Umriss einer Neuorientierung.	102-109
2.7.3. Folgerungen für die zu erwartenden Formen der Aggressivität.	109-110
<u>3. Eigene Untersuchungen.</u>	110-112
3.1. Tabellarische Zusammenfassung der 15 Krankengeschichten.	112-114
3.1.1. Diagnostische Kriterien und genaue Diagnosen.	114-115
3.1.2. Die Tabellen III - VIII.	
3.1.3. Drei ausführliche Krankengeschichten (Nr. 6, 10, 14).	126-132
3.2. Untersuchungen zur Aggressivität.	133-134
3.2.1. Tabellarischer Überblick (N=15).	
3.2.2. Fragebogenuntersuchung (N=6).	135-138
3.3. Auswertung der Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung.	138
<u>4. Diskussion.</u>	
4.1. Kritische Erörterung der Befunde.	138-145
4.2. Der Zusammenhang mit den aggressiven Verhaltensweisen.	145-146
4.3. Schlußfolgerungen (z. B. Therapie).	146-147

	Seite
<u>5. Zusammenfassung.</u>	147-148
6. Bibliographie.	149-181
7. Anhang: Text des Fragebogens; Erläuterungen zur Auswertung von SELG.	182-190

Einleitung und Fragestellung.

Ist allein die Formulierung eines theoretischen Konzepts der Aggressivität mit schier unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden und ebenso schwierig ihre Erforschung schon unter experimentellen Bedingungen, so scheint es fast aussichtslos, in einer so inhomogenen, a priori mit Definitionsproblemen belasteten Population, wie sie die "psychisch Kranken" darstellen, Aussagen über spezifisches, aggressives Verhalten machen zu können.

In der Literatur sind bis jetzt vor allem psychoanalytisch orientierte Arbeiten mit diesem Thema befaßt gewesen. Wenn auch bekanntlich die meisten Nachfolger FREUDs das Konzept eines genuinen Todestrieb ablehnen, so herrschen doch triebdynamische Überlegungen vor, d. h. man bewegt sich ziemlich ausschließlich auf dem Boden und im Bereich der psychoanalytischen Theorie. Die aufgestellten Hypothesen sind sehr selten anhand von vergleichenden Feldstudien und noch seltener an transkulturell vergleichenden Forschungen überprüft worden. Ein Vorhaben, daß natürlich größte Probleme aufwürfe; nicht zuletzt deswegen, weil die gesamte psychoanalytische Theorie in intrapsychischen Begriffen und Zusammenhängen formuliert und also nicht direkt beobachtbar ist. Trotzdem sollen sie aber den beobachteten und beobachtbaren Stimmungs- und Verhaltensänderungen der Menschen zugleich als Ursache und Erklärung dienen.

R. E. KENDELL hat sich in "Aggression und Depression. Epidemiologische Implikationen einer Hypothese." die Überprüfung einer psychiatrischen "Binsenwahrheit" (psychoanalytischer Provenienz) zur Aufgabe gemacht: Aggressionen, resp. gehemmte Aggressionen haben einen wesentlichen Anteil an der Entstehung von Depressionen. Zu diesem Zweck mußte diese, trotz aller Ubiquität unbewiesene (und in dieser Form auch nicht nachprüfbare) Hypothese erst so umformuliert werden, daß sie falsifizierbar wurde. Nicht beobachtbare Variable mußten durch beobachtbare ersetzt werden; eine dadurch möglicherweise stattfindende Veränderung der ursprünglichen Hypothese mußte man allerdings in Kauf nehmen.

Es ist hier nicht der Ort, die Ergebnisse dieser Untersuchung einer näheren Betrachtung zu unterziehen; allerdings scheint uns ein derartiger Ansatz auch für das hier zur Bearbeitung anstehende Problem wegweisend. Der epidemiologische Gesichtspunkt muß jedoch zurückstehen.

Im Vordergrund steht die Aufgabe, ein beobachtbares, strukturiertes und vergleichbares Bild von "der Hysterie" zusammenzutragen, ohne uns dabei in den

vielfältigen historischen und systematisch-methodischen "Fußangeln" zu fangen, von denen sie umgeben ist. Möglicherweise können wir dann klarer Stellenwert, Ausformung, Häufigkeit etc. der Aggression im Zusammenhang mit "Hysterie" beobachten und beurteilen. Auch sollte es dann möglich sein, zu der (psychoanalytischen) Hypothese Stellung zu beziehen, daß die Entstehung eines hysterischen, symptomatischen Schmerzes oder eine Muskellähmung symbolisch eine verhinderte Aggression ausdrücke, deren sowohl affektiver wie vorstellungsmäßiger Gehalt verdrängt worden ist, oder daß die Konversion ein psychologischer Abwehrmechanismus gegen die Aggression sein könnte, der die Aufmerksamkeit des Betroffenen auf das fremdartige, ihm rätselhafte Symptom hinlenkt, ihm aber dadurch den dahinterstehenden Impuls vollständig verbirgt (NEMIAH).

Zu Beginn jedoch sollen die Schwierigkeiten und Möglichkeiten im Zusammenhang mit einem theoretischen Konzept der Aggressivität überblicksmäßig referiert werden.

1. Die Diskussion um die menschliche Aggressivität wird von Kontroversen beherrscht. Da der Störeffekt auf soziale Beziehungen aller Art beträchtlich ist, wird der Erforschung und Erhellung dieses Themas immer mehr Aufmerksamkeit zugewandt. Von Interesse sind folgende Fragen: Ist die Aggressivität eine grundlegende Natur des Menschen (Aggressionstrieb)? Welche Rolle spielen Lernen und Erfahrungen bei der Entwicklung aggressiver Tendenzen? Welche Arten von Motivation wirken in Richtung auf aggressives Verhalten? Welcher Unterschied in der Aggressivität besteht zwischen einem sog. Gesunden und einem "psychisch Kranken"? Läßt sich die Aggressivität kontrollieren und auf welche Weise?

Zu all diesen Fragen gibt es je nach Ausgangspunkt kontroverse Meinungen.

1.1. Alle Autoren sind sich wenigstens über ein Definitionselement einig, nämlich das Moment der "Schädigung". Wir verstehen hier unter Aggression bzw. aggressivem Verhalten ein Verhalten, dessen Ziel eine Beschädigung oder Verletzung ist. Als menschliche Verhaltenskategorie beinhaltet es also sowohl Zerstören und Vernichten, als auch Schmerzzufügen, Stören, Ärgern, Beleidigen (SELG 1968); letztere sind der direkten Beobachtung schwer zugänglich.

1.2. Die Ansichten zu den Ursprüngen der Aggression lassen sich grob in zwei grosse gegensätzliche Gruppen unterteilen:

a) Einige biologisch orientierte Wissenschaftler, europäische Ethologen und die

orthodoxen Psychoanalytiker halten die Aggression für angeboren.

b) Psychologen und Sozialwissenschaftler betonen die Rolle des Lernens und der Erfahrung bei der Entwicklung aggressiver Tendenzen.

Es stehen also quasi "endogene" gegen "exogene" Ursachen der Aggressivität.

1.2.1. Bei der ersten Gruppe sind besonders die vergleichenden Verhaltensforscher LORENZ (1963) und EIBL-EIBESFELD (1967, 1970) zu nennen, welche Aggressionen für eine, durch natürliche Selektion entstandene, angeborene Verhaltensdisposition halten, und für eine Form innerartlicher Auseinandersetzung (Hackordnung, soziale Rangordnungskämpfe). Sie nimmt also eine zentrale Stellung in den Vorstellungen zur Evolution im Sinne DARWINs ein. Wichtigstes Argument für die Annahme angeborener Dispositionen ist, in ethologischer Sicht, die Spontaneität innerartlicher, aggressiver Verhaltensweisen. Diese werden keineswegs nur durch Schlüsselreize ausgelöst, sondern auch durch längere kampflose Zeiten im Sinne eines angestauten Kampftriebes, der durch Aggressivität abereagiert werden muß. Als Erklärungsgrundlage dient das "LORENZsche Energiemodell". Eine bestimmte Menge reaktionsspezifischer Energie ist vorhanden; bei Nichtverbrauch bildet sich ein "Aggressionsstau" ¹⁾, der unabhängig von der Reizsituation nach Entladung drängt. Öfter wiederholte aggressive Reaktionen erschöpfen das Energiepotential und bringen eine herabgesetzte Auftretenswahrscheinlichkeit für die aggressive Reaktion mit sich, - in psychoanalytischen Zusammenhängen wird dieses Phänomen als "Katharsis" bezeichnet und gedeutet.

S. FREUD hat zum Thema Aggression zwei Konzepte vorgelegt:

a) vor 1920 ist die Aggression dem Lustprinzip untergeordnet; sie tritt auf als Reaktion auf Frustrationen, die die Befriedigung der libidinösen Strebungen beeinträchtigen, wird aber durch das dem Realitätsprinzip unterliegende "ICH" modifiziert. ²⁾

b) Nach 1920 (nach dem 1. Weltkrieg!) postuliert FREUD in der Schrift "Jenseits des Lustprinzips" neben der "Libido" noch einen aktiven destruktiven Instinkt im Menschen, der auf Haß, Tod und Zerstörung gerichtet ist.

1) Als Beispiele dienen Ratten, die nach längerer Isolation sogar das ihnen zugegebene Weibchen angreifen; außerdem wird die sog. Polarkrankheit erwähnt: eine anfangs friedliche und funktionierende Expeditionsgruppe, längere Zeit von anderen abgeschnitten, soll sich aufgrund der fehlenden Möglichkeit zu aggressiver Abreaktion in einen wilden, sich gegenseitig "zerfleischenden" Haufen verwandeln.

2) Später gibt diese Fassung den Anstoß für die Untersuchung der Verknüpfung von Frustration und Aggression durch MILLER, DOLLARD u. a.

zu a) FREUD geht davon aus, daß das Individuum einen "Gleichgewichtszustand" anstrebt, der nicht durch Spannungen aktivierter Bedürfnisse gestört wird. Gleichzeitig ist der Organismus mit einer bestimmten Menge libidinöser Energie ausgestattet, die immer wieder Spannungen erzeugt und zur Entladung drängt. Die Spannungsreduktion geschieht durch "Ausagieren"; danach lädt sich das "Reservoir" von neuem auf. Wenn diese Befriedigung libidinöser Bedürfnisse verhindert wird (Frustration), reagiert das Individuum aggressiv, um doch noch in den erstrebten Gleichgewichtszustand zu kommen. Auch können aggressive Verhaltensweisen selbst mit dem "ICH" unvereinbar sein und werden dann durch Hemmung, Verschiebung und Sublimierung modifiziert. Auf diese Weise erklärt FREUD die Vielfältigkeit aggressiver Verhaltensweisen verschiedener Individuen.

Entscheidend an diesem 1. Konzept FREUDs ist die fast vollständige Vernachlässigung der das Individuum beeinflussenden, äußeren Reizsituation. Diese spielt hier höchstens auf dem Umweg über die Kontrollfunktion des "ICH" eine modifizierende Rolle. Diese Feststellung gilt auch für das 2. Konzept FREUDs.

zu b) Hier wird zusätzlich zu dem allgemeinen Energieaustausch ein eigener Trieb postuliert, der alle Organismen danach streben läßt, in den Bereich der anorganischen Materie zurückzukehren. Er richtet sich deshalb zuallererst gegen das Individuum selbst, gerät aber in Widerspruch mit dem starken, Selbsterhaltung gewährleistenden Trieb "EROS" und deshalb wird der Todestrieb "Thanatos" nach außen projiziert. Nach diesem Konzept wird aggressives Verhalten vollends unausweichlich. Einzige Möglichkeit, vernichtende Katastrophen zu verhindern, ist der Versuch, aggressiven Kräften durch moralisch annehmbare Formen Zügel anzulegen und auf ungefährliche Weise die "Triebspannung" immer wieder zu reduzieren. 1)

Die Todestriblehre FREUDs erlitt in der weiteren Entwicklung der Psychoanalyse ein unterschiedliches Schicksal. Nach BUSS (1961) kann man die Autoren in drei Gruppen unterscheiden: 1) Einige wenige, die am Todestriebkonzept festhielten, wie NUNBERG, MENNINGER, MELANIE KLEIN, ANNA FREUD, und in Deutschland A. MITSCHERLICH. 2) Die größte Gruppe der Psychoanalytiker glaubt zwar an den angeborenen Aggressionstrieb, lehnt aber das komplexe triebdynamische Modell FREUDs ab, z. B. HARTMANN, KRIS, und LOEWENSTEIN (1950).

1) Man muß allerdings herausstellen, daß FREUD in Bezug auf die Aggression niemals den Rat kathartischen Auslebens gab; vielmehr betont er in seinem Brief an EINSTEIN (1933): "Warum Krieg?" die nötige Verhinderung von Aggression durch die Kultur und die friedensstiftende Funktion einer Elite.

3) Diese Gruppe sieht, unter psychoanalytischem Aspekt, die Aggression nicht als ein biologisches, sondern als ein soziales Problem an, z. B. FENICHEL, KAREN HORNEY und auch F. HACKER.

Auch in jüngster Zeit gelang es dem amerikanischen Psychotherapeuten A. STORR ¹⁾, das Konzept eines Aggressionstriebes wieder aufzugreifen, und zwar mit Hilfe einer begriffstechnischen Manipulation. Er bläht den Begriff Aggression auf zu einem allgemeinen Drang nach Aktivität und Selbstentfaltung, ohne den jegliche kulturelle Leistung unmöglich sei. Der Begriff wird damit allerdings für jede präzise Aussage unbrauchbar und die Beweisführung irrelevant. ²⁾

Die Psychoanalyse hat seither die Triebtheorie FREUDs vielfach weiterentwickelt, aber dabei den Kontakt mit der modernen Experimentalpsychologie fast völlig gemieden. (Eine zusammenfassende, umfassende Bibliographie in Bd. XXV/1971, S. 417 f. der psychoanalytischen Fachzeitschrift "Psyche" führt 194 Titel auf; darunter sind nur zwei, die nach Inhalt und Methode der empirischen Psychologie nahe stehen: BERKOWITZ, Aggression (1962) und SHERIF M. SHERIF C. W., Groups in harmony and tension (1953).

Zusammenfassend läßt sich folgendes sagen: Die genannten Autoren verfechten aus verschiedenen Gründen die These eines angeborenen, einheitlichen Aggressionstriebes, der eine große Zahl von Verhaltensweisen aggressiver und nicht aggressiver Natur mit "Energie" versorgt. Er zwingt dazu, andere Menschen anzugreifen und/oder sie zu vernichten. Dieser Trieb muß sich entladen, entweder direkt oder indirekt durch Betrachten von Gewalttätigkeiten (z. B. auch in Filmen) oder durch Zerstörung unbelebter Gegenstände, oder durch Teilnahme an Wettkämpfen, oder durch Streben nach Machtpositionen. Falls die Aggression nicht auf diese oder jene Weise ausgelebt wird, kann es zu unkontrollierten Gewaltausbrüchen (sogar Selbstmord) kommen.

1.2.2. Die Kritik an diesem Modell ist vielgestaltig und kommt von vielen Seiten. Einige uns wichtig erscheinende Punkte sollen herausgegriffen werden:

1) ANTONY STORR, Human Aggression, (ATenäum) New York 1968
deutsch: Lob der Aggression. Erkenntnisse der Verhaltensforschung (Econ) Düsseldorf 1970.

2) Das betrifft seine Schilderung des Zustands einer befriedeten Menschheit als Schreckbild steriler Kirchhofsruhe ebenso wie seine Meinung, daß mit aller Aggression auch alles Schöpferische aus der Welt verschwinden müsse.

1. Vor allem HINDE (1960, 1967) weist auf die möglichen Fehler von Energie-
modellen zur Motivation oder zur Begründung von Verhaltensweisen hin. Die Ver-
wechslung bzw. Gleichsetzung mit physikalischer Energie, deren Eigenschaften
man untersuchen kann, täuscht eine Exaktheit des Modells vor, die von seinem Ge-
genstand her nie gegeben sein kann.¹⁾ Diese monothematischen Triebtheorien wir-
ken abgesehen von ihrer sachlichen Zweifelhaftigkeit als Hindernisse für problem-
adäquates Denken und verführen dazu, die dynamische Interaktion vieler Kausal-
faktoren zu vernachlässigen.
2. Es besteht keinerlei Notwendigkeit, für aggressives Verhalten Ursachen zu
postulieren, die allein im Angreifenden oder Aggressiven liegen.²⁾ Die Vielfalt
möglicher Ursachen des Verhaltens lebender Organismen wird dabei übersehen.
3. Die Kritik biologisch orientierter Wissenschaftler an der Annahme eines orga-
nismisch-instinktgebundenen und determinierten Aggressionstriebes stützt z. B.
PORTMANN (1956) auf die Tatsache, daß der Mensch im Unterschied zu seinen
phylogenetischen Vorgängern recht instinktarm ist. Der Zoologe SCOTT (1958)
konzediert zwar Erbdeterminanten für eine Neigung zu aggressivem Verhalten,
stellt aber in Übereinstimmung mit anderen Tierpsychologen fest, daß es keine ein-
heitlichen Auslösemechanismen für aggressives Verhalten gibt; Kampfverhalten z.
B. hat vollständig unterschiedliche Ursachen und Funktionen, Spontanaggressives
Verhalten werde erst durch eine herausfordernde Umwelt bedingt.
4. Der Vorwurf, den "Triebtheoretiker" den "Umwelttheoretikern" machen, sie
seien im Bezug auf die menschliche Natur "naiv-optimistisch", lenkt unsere Auf-
merksamkeit auf die Ergebnisse kulturanthropologischer Forschungen zu diesem
Problem. LORENZ lehnt zwar einen Todestrieb ab, ist aber überzeugt, daß mensch-
liche und tierische Aggression dieselben biologischen Wurzeln hätten, "homolog"

1) Als Beispiel: die angenommene Parallellität des hypothetischen "Überspringens"
der Energie für ein gerade gehemmtes Verhalten auf ein gerade nicht gehemmtes
(Übersprunghandlung oder displacement) im Vergleich mit der Eigenschaft des
elektrischen Stroms "überzuspringen".

2) Die Fälle, in denen Tiere nach Gelegenheiten suchen, miteinander zu kämpfen,
sind sehr viel seltener und gehen außerdem weniger auf Spontaneität zurück,
sondern vielmehr auf vorausgehende positive Erfahrungen bei früheren Kämpfen.
Sie besitzen also keineswegs die Beweiskraft, die z. B. LORENZ ihnen zu-
schreiben möchte. (SCOTT & FREDERICSON 1951; KAHN 1951; SCOTT 1967).

seien. ¹⁾ Wichtigster Einwand dagegen ist, daß keineswegs die biologische Art *homo sapiens*, sondern der Mensch einer bestimmten, nämlich unserer Kultur, solchen Vergleichen zugrunde gelegt wird. Es steht dem gegenüber, daß nachgewiesenermaßen außerordentlich große Unterschiede darin bestehen, in welchem Maß aggressives Verhalten in den einzelnen Gesellschaften verwirklicht wird. ²⁾ (MEAD, MONTAGU 1968; BATESON)

Wenn die menschliche Aggressivität ein stammesgeschichtlich überlieferter und in unseren Erbanlagen verwurzelter Zug ist, müßte sie in jenen 99 % unserer Entwicklungsgeschichte, nämlich in der Altsteinzeit besonders deutlich sein. Tatsächlich jedoch wurde vor allem anhand der "kulturellen" Situation der paläolithischen Lebensform der Jäger und Sammler ³⁾ nachgewiesen, daß diese bemerkenswert weniger aggressiv waren. Diese kleinen, isolierten, der widrigen Umwelt nahezu schutzlos preisgegebenen Menschengruppen sind "ein geradezu ideales, natürliches Versuchslabor für genetische und auch für kulturelle und sozial-psychologische Experimente" (SCHMIDBAUER 1972, S. 85). Kulturen anthropologische Daten sprechen aber dafür, daß diese evolutiv so bedeutsamen Kulturen nicht nur in der Regel keinen Krieg kennen, keine Kopfjagd, keinen bewaffneten Raubüberfall und auch keine Prügel in der Kindererziehung, sondern auch keine Territorialität (SCHMIDBAUER). Vielmehr sind Feldforscher sich weitgehend darüber einig, daß die Jäger- und Sammlergruppen nur überleben konnten durch den absoluten Primat der Belange des Gruppenzusammenhalts und der Gruppe und durch eine vollständige Kontrollierbarkeit der Aggressivität. Der Mensch mußte zwar aggressiv sein

-
- 1) Der kulturen anthropologische Beweis, den LORENZ für sein Instinktkonzept heranzieht, das Übermaß an Aggressivität des Ute-Indianerstammes, welches dieser sich in wenigen 100 Jahren eines extrem kriegerischen Lebens "angezuechtet" haben soll, ist, abgesehen von den stark umstrittenen Beobachtungen selbst (die der zitierte amerikan. Psychoanalytiker bei den Ute-Indianern gemacht haben will) auf zweierlei Weise problematisch: einmal läßt sich ein Indianerstamm mit strengen Exogamie-Regeln keineswegs so schnell beeinflussen wie eine Haus-tierrasse, die durch scharfe Zuchtwahl rasch verändert werden kann; zum anderen stellt extreme Aggressivität kein selektionsgünstiges Verhalten dar. Ein sehr aggressiver Krieger hat nämlich eher weniger Fortpflanzungschancen als ein vorsichtiger Kämpfer, der gerade so viel tut, um nicht als Feigling zu gelten.
 - 2) Berühmtes Beispiel sind die Eskimos: die Stämme im Polargebiet kennen keinen Krieg; südlicher lebende Stämme jedoch, selbst Nachbarn kriegerischer Indianer, unternehmen organisierte Raubzüge (SCHMIDBAUER).
 - 3) s. a. Eskimos; außerdem die Hadza oder Kindiga in Tansania, ein Rest fast völlig unberührter Jäger und Sammler; ebenso die Buschmänner der Kalahari-Wüste.

können, aber seine Aggressivität auch völlig beherrschen können, ohne dann jene Schäden davon zu tragen, wie sie z. B. aus der Verdrängung sexueller Impulse oft entstehen (SCHMIDBAUER 1972, S. 97).

Erst die "neolitische Ameise sagte: Wer nicht arbeitet, soll auch nicht essen! zur paläolithischen Grille". Erst die neolithisch-agrarische Kultur (etwa 1 % unserer Entwicklungsgeschichte) mit Seßhaftigkeit, arbeitsteiliger, hierarchischer Gesellschaft und Besitzanhäufung bildet eine sekundäre Territorialität aus, denn der Bauer hängt notwendig am Grund und Boden. Und erst seit dem Neolithikum erhielten aggressivere Kulturen so etwas wie eine "Selektionsprämie": sie konnten sich nämlich auf Kosten ihrer friedlichen Nachbarn ausbreiten (in jüngster Zeit von den Kolonialvölkern demonstriert).

Die Tatsache, daß die geschriebene Geschichte eine Chronik von Kriegen ist, beweist nicht, wie LORENZ und auch MITSCHERLICH meinen, daß das gegenseitige Abschlachten zur menschlichen Natur gehört; denn diese Zeitspanne mißt wahrscheinlich nur etwa 1 % des menschlichen Lebens auf der Erde. Außerdem sind die Ursachen für Kriege so komplex, daß sie durch eine Aggressionstriebhypothese nicht erklärt, sondern höchstens rationalisiert werden können. Vor allem verschleiert sie die Bedingtheit destruktiver Impulse des einzelnen durch soziale Konflikte innerhalb einer Gruppe, zwischen den Klassen oder Staaten.

5. Ebenso wenig wie die Häufigkeit aggressiven Verhaltens stützt das hypothetische Phänomen kathartischer Erschöpfung ein triebdynamischen Konzept. Danach soll häufiges Ausagieren eines durch spezifische Triebenergie gespeisten Verhaltens dieses Energiepotential erschöpfen und so das Wiederauftreten des Verhaltens so lange einschränken oder verhindern, bis das Energiereservoir neu aufgefüllt ist. (THIBAUT 1950; THIBAUT & COULES 1952; FESHBACH 1955; PEPITONE & REICHLING 1955; ROSENBAUM & DE CHARMS 1960; BERKOWITZ 1960) Experimentelle Untersuchungsergebnisse beweisen diese Hypothese keineswegs. Es zeigt sich sogar, daß genau gegenteilige Ergebnisse beobachtet wurden; nämlich im Zunehmen aggressiver Verhaltenstendenzen nach vorangegangener Möglichkeit zur Aggression. (FESHBACH 1956; DE CHARMS und WILKINS 1963; KENNY 1953) Eine Abnahme aggressiver Verhaltensweisen nach vorherigem "Dampfablassen" kann ganz verschieden interpretiert werden: z. B. vorhergehende aggressive Handlungen erzeugen und verstärken Aggressionsangst und Schuldgefühle und dadurch nimmt die Aggressionsintensität oder -häufigkeit ab; (MORLAN 1949; WORCHEL 1957, 1960; MAGAZINER 1961) oder die Tendenz zu

geringerem aggressiven Verhalten wird auf kognitive Einschätzungen situativer Komponenten wie Möglichkeit, Effektivität und Nutzen aggressiven Verhaltens zurückgeführt. Jedenfalls lassen die vorliegenden Untersuchungsergebnisse keinerlei Schluß zu, auf eine allgemeine kathartische Wirkung vorangegangener Aggression auf Nachfolgendes oder Zukünftiges aggressives Verhalten. (Vergl. DANN 1967, 1970).

6. Abschließend sei auf eine wichtige praktische Konsequenz hingewiesen: Die Annahme einer trieb- bzw. instinktdynamischen Aggressivität des Menschen schließt jeden sozialen Optimismus aus. Auch kann dies nicht darüber täuschen, daß eine solche Lehre möglicherweise dazu beiträgt, die Zustände, die sie pessimistisch beklagt, durch ihre eigenen Konsequenzen aufrecht zu erhalten. Die etwa von A. MITSCHERLICH (1969) wieder aufgegriffene These vom Zerstörungstrieb kann z. B. einen Pädagogen dazu verleiten, ein Kind, das er für destruktiv-aggressiv von Geburt an hält, "zähmen" und seine Triebe "bändigen" zu wollen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß er gerade dadurch jenes Verhalten hervorruft, das er bekämpfen bzw. verhindern wollte. (Vergl. AMMON 1970)

1.2.3. Im Gegensatz zu der monothematischen Aggressionstheorie von FREUD und LORENZ haben vor allem Psychologen und Sozialwissenschaftler, die exogenen Einflüsse auf das Entstehen aggressiven Verhaltens untersucht.

DOLLARD und seine Mitarbeiter, die sog. YALE-Gruppe, formulierten die sog. Frustrations- Aggressions-Hypothese (1939): "Frustration ist die Verhinderung einer angezielten Reaktion zum wichtigen Zeitpunkt innerhalb einer Verhaltenssequenz." In ihrer zweiten revidierten Fassung (MILLER u. a. 1941; DOLLARD u. a. 1944) sagt sie: "Frustration schafft Anreize zu einer Reihe verschiedener Formen von Verhaltensweisen; eine davon ist der Anreiz zu irgendeiner Form von Aggression" (MILLER 1941 S. 338). Die Autoren wollen die Verknüpfung der beiden Begriffe Frustration und Aggression unter reinen Reiz-Reaktions-Gesichtspunkten verstanden wissen. So besagt diese Hypothese "daß aggressives Verhalten in irgendeiner Form dann gezeigt wird, wenn der durch Frustration unter anderem erzeugte Anreiz zur Aggression in der Hierarchie dieser erzeugten Anreize an erster Stelle steht (zit. n. SCHMIDT-MUMMENDEY S. 24). Obwohl diese Hypothese ihren vormals hervorragenden Platz in der modernen Aggressionsforschung inzwischen verloren hat, ist doch ihr Einfluß auf die weitere Entwicklung der Verhaltenswissenschaft in Sachen Aggressionsforschung so deutlich, daß man diese

Fortschritte entweder als Modifikation (z. B. BERKOWITZ ¹⁾) oder als Ablehnung (z. B. BUSS ²⁾) oder als Erweiterung dieses Modells (z. B. FESHBACH ³⁾) interpretieren kann.

Prominenteste Autoren für die Probleme des Entstehens oder Erwerbs gerade aggressiver Verhaltensweisen sind wohl BANDURA u. Mitarbeiter (1959, 1961, 1962, 1963 a.b.). Nach ihrer Meinung können zur Erklärung solchen Verhaltens genau dieselben Lernprinzipien herangezogen werden, wie sie für jede andere soziale Verhaltensweise gelten. Einer der Wege zur Aufnahme vor allem neuer Verhaltensweisen ist das Imitationslernen. Es wurde nachgewiesen, daß hinweisgebende und auslösende Reize durch das Verhalten anderer Personen die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens, die vorher gleich Null war, beträchtlich erhöhen. (Speziell für aggressives Verhalten: BANDURA & ROSS & ROSS, 1961, 1963) Die neue Verhaltensweise kann auf dem Wege direkter Verstärkung bekräftigt werden. Gewöhnlich werden die verschiedenen Verhaltensweisen durch intermittierende Verstärkung in der realen Lebenssituation modifiziert; diese Verstärkungsart trägt nach FERSTER und SKINNER (1957) zu einer größeren Widerstandsfähigkeit gegen "Löschung" bei, und gibt den sozialen Verhaltensweisen - also auch den aggressiven - nach dem Erlernen eine große Beständigkeit. Dieses nachweisbare Modellverhalten läßt an den Konzepten einer nur triebbedingten und/oder frustrationsreaktiven Aggression weitere Zweifel aufkommen. Viel entscheidender scheinen die in einer Gruppe oder Gesellschaft vorhandenen Verhaltensmodelle bzw. -Charakteristika zu sein; "Gesellschaften, die sozial gebilligte aggressive Modelle liefern, werden wahrscheinlich aggressive Kinder hervorbringen" (BANDURA 1963; zit. n. SCHMIDT-MUMMENDEY). Die Wichtigkeit des Modellverhaltens für den Erwerb aggressiven Verhaltens wurde an kulturvergleichenden, anthropologischen und soziologischen Studien (BATESON 1936; WHITING 1941;

- 1) BERKOWITZ (1962, 1969) unterscheidet zwei Formen von menschlicher Aggression: die instrumentelle Aggression, die durch erhoffte Belohnung gesteuert wird und die spontane Aggression, die von Schlüsselreizen ausgelöst wird. Weiter meint BERKOWITZ, daß aggressives Verhalten wie jedes andere Verhalten erlernt werden kann. Im übrigen kann die Verbindung zwischen Frustration und Aggression viel schwächer sein als angenommen. Die Aggression braucht sich nicht im offenen Verhalten zu zeigen, wenn dies die Umweltbedingungen nicht zulassen. Eine für das Auftauchen aggressiven Verhaltens positive Bedingung stellen Umweltreize dar, die mit Aggression assoziiert sind.
- 2) BUSS: "Aggression is defined as a response that delivers noxious stimuli to other organisms" (1961 S. 1 f.). Der interpersonale Kontext und das Zufügen von Schaden, Verletzungen und Schmerz werden betont (nach SELG).
- 3) s. w. u.

PARIN P. 1972; MORGENTHALER & PARIN-MATTEY 1971, sowie an der Untersuchung besonders aggressiver Subkulturen (etwa kriminelle Jugendliche) im Vergleich mit weniger aggressiven Gruppen nachgewiesen (SHAW & MCKAY 1942).

Es wird in vielen soziologischen Beobachtungen deutlich, daß einflußreiche Erwachsene wie Eltern, Lehrer oder Lehrherren nicht nur aggressive Modelle darstellen, sondern auch auftretendes aggressives Verhalten bei den Kindern und Jugendlichen durch ihr eigenes Verhalten belohnen und damit verstärken können. Besonders die Beziehung zwischen den Strafgewohnheiten der Eltern und dem aggressiven Verhalten der Kinder wurde untersucht und positiv korreliert gefunden. Streng bestrafende Eltern gelten in jedem Fall -, auch wenn sie aggressives Verhalten der Kinder bestrafen - als aggressive Modelle und ihr aggressives Verhalten wird von den Kindern in ihr Repertoire aufgenommen und bei Gelegenheit in die Tat umgesetzt. Der hemmende Effekt der Strafe speziell auf aggressive Verhaltensweisen - fällt nicht ins Gewicht (GLÜCK & GLÜCK 1950; BANDURA & WALTERS 1959; SEARS; MACCOBY & LEVIN 1967; AMMON 1970; MANTELL, D. M. 1972).

Durch eine Vielzahl von Untersuchungen zur Wirkung der Betrachtung von Aggressionen z. B. nach Filmmodellen, wurde ein weiterer Punkt herausgearbeitet, der die beispielsweise vermehrt auftretende Aggressivität des Beobachters abhängig macht von seinem inneren Zustand und den Konsequenzen ¹⁾, die das aggressive Modell im Film für sein Verhalten ernennt. (SCHACHTER & SINGER 1962; SCHACHTER & WHEELER 1962; BANDURA, ROSS & ROSS 1963; FESHBACH 1961; BERKOWITZ & RAWLINGS 1963) ²⁾ Daraus folgt auch, daß "neu" erworbenes, aggressives Verhalten immer wieder positive Konsequenzen haben muß, um im Repertoire zu bleiben, bzw. eine wesentliche Position innerhalb der Reaktionshierarchie einzunehmen.

In diesem Rahmen kann man bezüglich der Frustrations/Aggressionsbeziehung

-
- 1) Eine weitgehende Abhängigkeit des Verhältnisses zwischen Aggression und Frustration von vorhergehender Lernerfahrung wurde an Kindern nachgewiesen: je nachdem, ob im 1. Teil des Experiments konstruktives oder aggressives Verhalten belohnt wurde, reagierten die Kinder auch in einer frustrierenden Situation. Konstruktiv trainierte versuchten mit konstruktiven, aggressiv trainierte mit aggressiven Mitteln die Situation zu bewältigen (DAVITZ 1952; KAUFMANN & FESHBACH 1963 a, b).
 - 2) In diesem Sinne könnte man viele Ergebnisse der Katharsis/Hypothese wahrscheinlich adäquater interpretieren.

folgendes resumieren: Frustration - interpretiert als "eine einfache Stress-Situation, die je nach Art der Reize, die gerade vorherrschen, die entsprechenden Reaktionen, die gerade in der Reaktionshierarchie des Individuums dominant sind, hervorrufen" (BANDURA & WALTERS 1963) - Frustration also, zieht dann mit großer Wahrscheinlichkeit aggressives Verhalten nach sich, wenn frühe Erfahrungen in Form von positiven Konsequenzen und/oder aggressive Verhaltensmodelle vorhanden sind, mit anderen Worten, eine Reaktionshierarchie ausgebildet wurde, in der Aggressivität einen wichtigen Platz einnimmt.

Zusammenfassend muß man sagen, daß sich für aggressives Verhalten keineswegs eine einzige Klasse von Bedingungen auffinden läßt, sondern daß es, wie die verschiedensten Untersuchungen gezeigt haben, wie "jede andere Verhaltensweise oder Klasse von Verhaltensweisen multideterminiert ist". (SKINNER 1953; 1962; zit. n. SCHMIDT-MUMMENDEY)

1. 3. In neuerer Zeit scheint es nicht mehr sinnvoll, Aggression als eindimensionalen Begriff zu behandeln. Dementsprechend unterschiedlich sind die Versuche, Klassifikationen durchzuführen.

I. Eine Klassifikation nach "Oberflächeneigenschaften" (CATTELL 1966) ist relativ willkürlich: ATKIN (1951) unterschied Destruktionstendenzen, Wutausbrüche, Eifersüchteilen, ungehobelte Redeweisen und Körperverletzungen. MINTURN (1967) stellt sein System als Achsenkreuz dar:



Er ist der Auffassung, daß ungerechtfertigte physische Aggression störender ist als "gerechtfertigte" verbale. Ähnlich argumentiert auch LERSCH, für den auch das angegriffene Objekt für die Definition konstituierend ist. SELG (1968) stellte für seinen Aggressionsfragebogen folgende Gruppierung auf: 1) Selbstaggression 2) körperlich-reaktive Aggression 3) kriminelle (in Gruppen begangene) Aggression 4) sadistische Aggression 5) Aggression gegen Tiere 6) Aggression gegen Sachen 7) phantasierte Aggression 8) verbal reaktive Aggression 9) verbal spontane Aggression 10) Ressentiment-Wut 11) Mißtrauen 12) Erregbarkeit. 1969 reduziert er diese aufgrund neuer Ergebnisse zu 5 Faktoren: 1) Spontane Aggression 2) reaktive Formen aggressiven Verhaltens (vor allem auch die gesellschaftlich

sanktionierten Formen) 3) Erregbarkeit (Affizierbarkeit) 4) Selbstaggression
5) Aggressionshemmung. (s. später)

II. Das umfassendste System der Klassifikation aggressiven Verhaltens auf physiologischer Grundlage nach der auslösenden Reizsituation hat MOYER (1968 a, b; 1969 a, b; zit. n. SCHMIDT-MUMMENDEY) vorgelegt. MOYER, der als hauptsächliche Grundlage Tierversuche verwendet hat, definiert unterschiedliche aggressive Verhaltensweisen aufgrund unterschiedlicher physiologischer Substrate:

1. Beutefang oder Raubaggression (predatory aggression): Reizsituation: Anwesenheit eines Beutetiers; die Umgebung spielt fast keine Rolle.
2. Aggression zwischen zwei männlichen Individuen oder Rivalen (inter-male Aggression): Reizsituation: die bloße Anwesenheit eines männlichen Genossen, an den sich der Angreifende noch nicht gewöhnt hat; z. B. durch Hackordnung; die Umgebung spielt fast keine Rolle.
3. Furcht - induzierte Aggression. Reizsituation: 1. Das Individuum wird an der Tendenz zu entkommen gehindert; 2. die Anwesenheit eines Bedrohers; der Situation geht jedesmal ein vergeblicher Fluchtversuch voraus.
4. Aggression aus allgemeiner Gereiztheit (irritable aggression): Aggression aus Ärger oder Wut; Reizsituation: das Vorhandensein angreifbarer Individuen oder Gegenstände; keine Furchtkomponente.
5. Aggression zur Verteidigung des Territoriums. Reizsituation: abgegrenztes Feld oder Behausung, in der sich das Individuum niedergelassen hat; die Angriffswahrscheinlichkeit sinkt mit der Entfernung des Eindringlings vom Territorium.
6. Mütterliche Aggression. Reizsituation: Bedrohung der Jungen der Mutter; je weiter die Mutter von den Jungen entfernt ist, desto geringer ist die Tendenz zu dieser Verhaltensklasse.
- 7 Instrumentelle Aggression. Reizsituation: eine Veränderung der Umweltbedingungen durch eine der oben beschriebenen Aggressionsformen, die für das Individuum eine Verstärkung darstellen; dies Verhalten wird dann in ähnlicher Situation mit größerer Wahrscheinlichkeit auftreten; instrumentelle Aggression ist eine gelernte Verhaltensweise; auslösende Reizgegebenheiten können von einer der obigen Arten sein.

MOYER hat diese Einteilung als vorläufig angesehen; die einzelnen Aggressions-

arten schließen einander nicht etwa aus, können vielmehr zusammen auftreten, bzw. interagieren, sich verstärken. Bedeutsam ist jedoch seine Annahme, daß jede der genannten Formen eine eigene, von den anderen unterscheidbare, neutrale und endokrine Grundlage hat, durch welche die einzelnen Formen in unterschiedlicher Weise gehemmt oder gebahnt werden. Mit zahlreichen experimentellen Funden hat MOYER seine Annahme bestätigt und herausgestellt, daß es "keine physiologische Evidenz für eine spontane im Organismus allein entstehende Stimulation für aggressives Verhalten gibt". Aggression ist ein Sammelbegriff für Verhaltensweisen, die a) in ähnlicher Weise einen Gegenstand oder ein Individuum schädigen oder verletzen, b) von unterschiedlichen Reizgegebenheiten ausgehen, c) unterscheidbare physiologische Grundlagen haben und d) in ihrem Erscheinungsbild sehr vielfältig sind.

Eine sehr präzise empirisch fundierte Grundlage bietet die Teilung der Aggressivität in zwei, in ihrer Funktion unabhängiger Verhaltensbereitschaften, die einer Forschergruppe durch Untersuchungen an Katzen herausgearbeitet hat (WASMAN und FLYNN 1962; EGGER und FLYNN 1963; LEWINSON und FLYNN 1965; McDONNELL und FLYNN 1966; und zusammenfassend FLYNN 1967). Man unterschied (nach elektrischer Reizung verschiedener Areale des Hypothalamus und bestimmten Konditionierungs- und Ausschaltungsexperimenten) affektive Attacken, bei denen jedes beliebige Objekt wütend angegriffen wird und "stilles Jagdverhalten", eine Aggressionsform, die mit vorsichtigem Anschleichen beginnt und nur auf Ratten und andere Beutetiere gerichtet wird. Mit den Problemen der Übertragbarkeit tierexperimenteller Ergebnisse auf den Menschen hat MOYER selbst sich beschäftigt. Auch ohne genauere Betrachtung seiner Diskussion kann man annehmen, daß die Beleuchtung menschlicher Aggressionsformen noch komplexere Untersuchungen und Modelle erforderlich macht.

III. Die Klassifikationsversuche der Faktorenanalyse¹⁾, deren Ergebnisse abhängig von der Art der Ausgangsdaten und ebenso von den theoretischen Vorannahmen des Untersuchers, der die errechneten Faktoren auswertet und in Kontext setzt. Eine erste Gruppe von Arbeiten zur Faktorenanalyse von Aggressionsvariablen geht allein von Fragebogendaten aus, d.h. von einem Test zu dem die Versuchsperson Stellung nehmen muß. (Fragebogen von BUSS und DURKEE 1957,

1) Ihr liegt ein kompliziertes mathematisches Modell zu Grunde, auf dem anspruchsvolle persönlichkeitspsychologische Systeme erstellt wurden: näheres siehe den kurzen, aber informativen Abschnitt "Faktorenanalyse in ARNOLD, EYSENCK, MEILL: Lexikon der Psychologie 1971.

SÜLLWOLD 1961 und SELG 1968 ¹⁾, aber auch die "Autoritarismusskala" von ADORNO, FRAENKEL-BRUNSWICK und SANFORD 1950). In der zweiten Gruppe der ersten Gruppe kommen erweiterte Konzepte zur Anwendung: es werden z. B. auch Einstufungen der Mitschüler, des Klinikpersonals, des Psychotherapeuten etc. zur Beurteilung der Aggressivität in die Faktorenanalyse miteinbezogen. Diese Untersuchungen haben zum Teil recht unterschiedliche Ergebnisse. Wenn sie zur Grundlage einer Systematik der Aggression dienen soll, muß man aber von ihnen fordern, daß nur solche Faktoren, die in verschiedenen Tests immer wieder sich ergeben, herangezogen werden; und auch nur dann, wenn ein theoretisches Modell den Rahmen dazu liefert.

1. 4. Ein sehr differenziertes Modell hat KAUFMANN (1965) in einer Erweiterung des einfachen Flussdiagramms aggressiver Reaktionen von FESCHBACH (1964) vorgelegt. Es beinhaltet neben den Charakteristika der auslösenden Reizsituation auch Persönlichkeitsvariable bzw. deren Wechselwirkung und außerdem Determinanten, die aggressives Verhalten bahnen oder hemmen oder Alternativreaktionen auslösen können. Damit werden vor allem auch die Erwartungen mitbetrachtet, die ein Individuum bezüglich der Konsequenzen hegt, die sein aggressives bzw. nichtaggressives Verhalten nach sich zieht, d.h. auch Umwelt und soziales System werden indirekt miteinbezogen. Die darin enthaltenen Entscheidungspunkte (EP) sind wie folgt erläutert (nach SCHMIDT-MUMMENDEY 1972 S. 42 bis 47).

Entscheidungspunkt 1: eine gegebene Reizsituation (S) wird als zerstörerisch, bedrohlich, schädlich, insgesamt als unangenehm eingestuft. Auf diese Klassifikation wirken bereits mehrere dispositionelle Determinanten ein: Selbsteinschätzung (Stärke des Selbstbewußtseins); die Fähigkeit in schwieriger Lage einer Alternativlösung zu sehen; eine allgemeine, habituelle feindselige Einstellung und die gewohnheitsmäßige kognitive Orientierung. Außerdem kann das Bestehen eines autonomen Erregungszustandes, die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, mit der ein Reiz in einer bestimmten Weise klassifiziert wird. (Erregung kann mit der Reizsituation konditioniert sein.

EP 2: Nach Einordnung der Situation wird eine aggressive oder nicht aggressive Verhaltensweise vorbereitet und angeregt. Man nimmt an, daß eine als nicht un-

1) Da der Fragebogen von SELG in dieser Untersuchung Verwendung findet und später genauer erörtert wird, verzichten wir hier auf Beispiele.

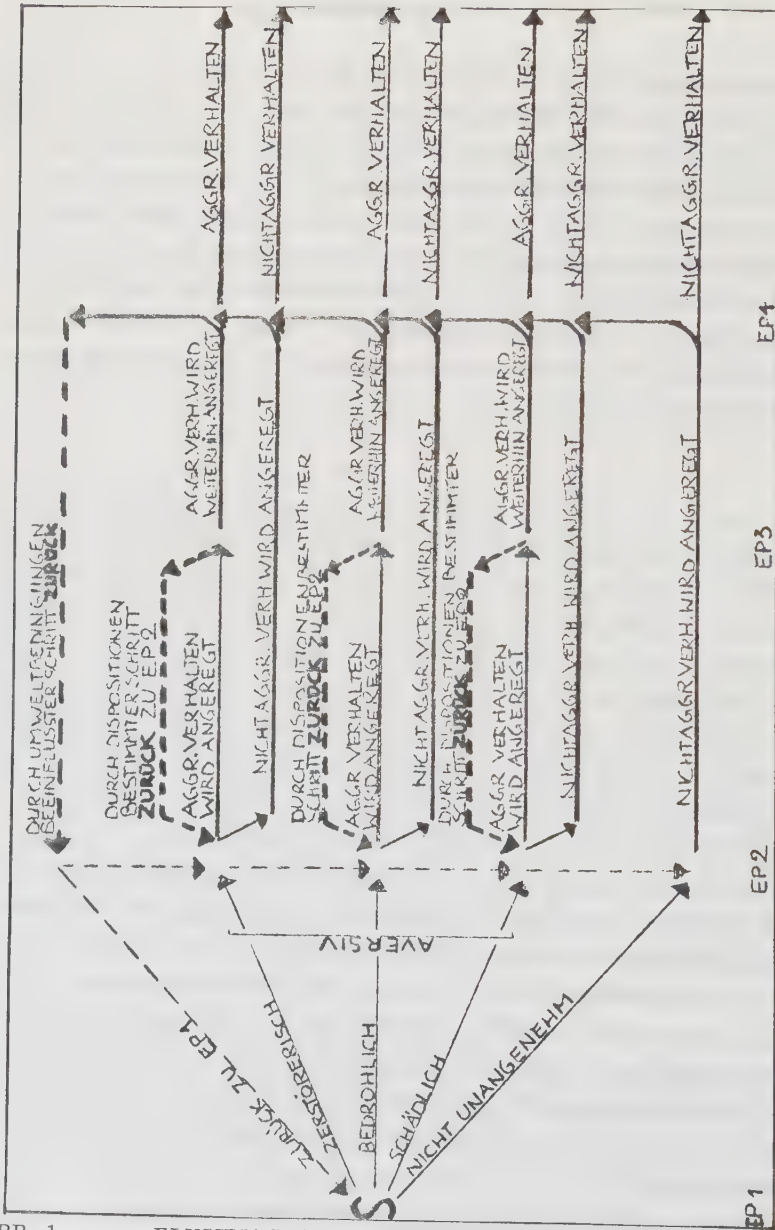


ABB. 1

FLUSSDIAGRAMM AGGRESSIVER REAKTIONEN
NACH KAUFMANN
ALS MODELL FÜR EINE VERHALTENSWEISSEN-
SCHAFTLICHE BEDINGUNGSANALYSE VON AGGRESSION
(ZIT. N. SCHMIDT-MUMMEDEY 1972, S. 43)

angenehm bzw. als angenehm eingestufte Situation mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit eine aggressive Reaktion auslöst (eine unangenehme dagegen viel eher). Dispositionelle Determinanten: Tendenzen oder habits aggressiv zu reagieren; (sind diese stark, so sollen sie zusammen mit aggressiver Reizbewertung (EP 1) einen multiplikativen Effekt haben, bezüglich der Auftretenswahrscheinlichkeit einer aggressiven Reaktion, auch bei einer als relativ wenig unangenehm klassifizierten Reizsituation). Die Rolle des autonomen Erregungszustandes: a) Erregung kann mit aggressiven oder nicht aggressiven Verhaltensweisen konditioniert sein und als operanter Energetisierer fungieren; falls aggressives Verhalten auftritt, spricht man von Ärger.¹⁾ Außerdem beeinflussen sicher soziale Bewertungsgewohnheiten; so wird z. B. wenn der Zusammenhang Grad des Ärgers plus aggressive Reaktion von sozialen Normen nicht negativ sanktioniert ist, die Wahrscheinlichkeit einer aggressiven Reaktion dann erhöht, wenn sich das Individuum sagt, es sei "besonders ärgerlich".

EP 3: Die aggressive Verhaltensweise bleibt weiterhin angeregt oder wird geschwächt auf Null, oder es findet ein Rückschritt zu EP 2 mit einer kognitiven Neubewertung und Auswahl einer alternativen Reaktion statt. Als dispositionelle Determinanten treten gewohnheitsmäßige Hemmungspotentiale, z. B. Aggressionsangst hinzu. In Bezug auf Reaktionshierarchien kann man wie folgt interpretieren: die Hemmung der höchstrangigen Reaktion innerhalb einer Hierarchie erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit der nächsthöchsten Reaktion.

EP 4: Die aggressive oder nicht aggressive Verhaltensweise wird ausgeführt oder es erfolgt ein Rückschritt zu EP 1 oder EP 2. Hier werden situative Determinanten u. a. die sozialen Hinweisreize (mit Verstärkerqualität) einer gegebenen Situation berücksichtigt. Die Erwartungen des Individuums hinsichtlich der Konsequenzen seines - aufgrund der in EP 1 - 3 einwirkenden Determinanten - ausgewählten Verhaltens, bestimmen den weiteren Verlauf: die aggressive Verhaltensweise wird ausgeführt oder es erfolgt ein Rückschritt zu EP 2, wo eine neue Verhaltensmöglichkeit ausgewählt wird, die dann wieder durch EP 3 und 4 weiter "bearbeitet" wird. Das bedeutet, daß an dieser Stelle des Modells, die Möglichkeit unterschiedlicher, aus der sozialen Umwelt des Individuums ableitbarer Verstärkerpläne für aggressives Verhalten (im Sinne SKINNERS) oder aggressive Modelle

1) Nach KAUFMANN ermöglicht dies, "Ärger" als einen ursprünglich mit einer bestimmten Reaktionswahl konditionierten Erregungszustand in Anlehnung an (SHA-PIRO, CRIDER & TURSKEY 1964), zum anderen als eine durch Verstärkung vorhergehender Reaktionsaktivierung auftretende Selbststimulation (BREHM, BACK & BOGDONOFF 1964) zu interpretieren.

(im Sinne BANDURAS) mit einbezogen werden. Diese implizieren jene persönlichkeitspezifischen Dispositionen zur Beurteilung oder Bewertung einer vorgegebenen Situation bzw. zur Bewertung der Reaktionskonsequenzen nach vollzogener Reaktion. Außerdem kann bei EP 4 überhaupt zu EP 1 zurückgegangen werden, d. h. die ursprüngliche Reizsituation wird noch einmal völlig neu bewertet.

Dieses Modell bietet also Ansätze zur Erforschung ¹⁾ und Erklärung für verschiedenartige Verhaltenssequenzen, d. h. interindividuelle Unterschiede im aggressiven Verhalten und bezieht dispositionelle Unterschiede in der Art gegebene Reize wahrzunehmen und zu klassifizieren mit ein, ebenso wie verschiedene Grade der Habit- und Hemmungsstärke für aggressives Verhalten, sowie die spezifischen, aus der sozialen Umwelt stammenden Bewertungsgewohnheiten. ²⁾ Auch die aggressiven Verhaltensweisen selbst werden klarer.

Schließlich kann KAUFMANN an Hand dieses Modells Hinweise für mögliche Modifikationen solcher Verhaltensweisen geben. Er hält die Möglichkeit des Umtrainierens der Wahrnehmungsgewohnheiten und der Habitstärken für aggressive Reaktionen wegen des zu großen Aufwandes für nicht erfolgversprechend. Vielmehr ist er aufgrund von Untersuchungsergebnissen ³⁾ der Meinung, daß man auf dem Umweg über die Veränderung der sozialen Konsequenzen aggressiven Verhaltens dieses zu verringern suchen sollte. Es scheint durchaus plausibel und praktikabel, das häufige Auftreten aggressiver Reaktionen dadurch herabzusetzen, daß man dem Individuum lohnende und positive Konsequenzen in Erwartung stellt, wenn es sich in der gleichen Situation statt für eine aggressive lieber für eine nichtaggressive Reaktion entscheidet. Bei den vielfältigen Problemen mit der Aggression auf allen Gebieten sollte diese Auffassung weniger als ein Rezept sondern mehr als richtunggebender Hinweis verstanden werden.

- 1) s. a. A. SCHMIDT-MUMMENDEY: Bedingungen aggressiven Verhaltens, (Hans Huber) Bern 1972: die Autorin legt auf der Grundlage dieses Modells eine ausführliche Untersuchung aggressiven Verhaltens unter Berücksichtigung der Einwirkung verschiedener personaler sowie situativer Variablen an männlichen Studenten (N=135) und Polizeischülern (N=158) vor.
- 2) Nicht zu vergessen sind die primären konstitutionsbiologischen Dispositionen eines Individuums, die auf dem Umweg ihrer Einwirkung auf den soziokulturellen Motivationsbereich auch in das Schema mit eingehen.
- 3) KAUFMANN & FESHBACH (1963 a, b) fanden, daß Gruppennormen, die auf provozierende und frustrierende Situationen nicht wie üblich aggressives sondern explizit nicht-aggressives Verhalten vorschreiben, die Auftretenswahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens in solchen Situationen entsprechend reduzieren.

1.5. Nach dieser Übersicht über die theoretischen Kontroversen und Modellvorschläge zum Aggressionsproblem soll im folgenden das Thema "Hysterie" näher untersucht werden. Hauptaufgabe muß eine Konkretisierung (bzw. Falsifizierung) dieses Begriffs sein, denn ohne sie scheint uns jeglicher Zugriff auf Zusammenhänge zwischen Hysterie und Aggression, ganz zu schweigen von der Klärung spezieller psychoanalytischer Hypothesen darüber, absolut verwehrt. Eine eindeutige, wertfreie Definition dieses Begriffs existiert nicht, vielmehr verbirgt sich dahinter ein schillerndes Begriffskonglomerat verschiedenartigster Provenienz. Die Ursache dieser Unklarheit ist wohl nicht zuletzt in seinen historischen Wegen und Umwegen zu suchen. Besonders bedeutsam aber scheint uns die Tatsache, daß das, was in der "Hysterie" zum Ausdruck kommt, niemals nur Zustands- bzw. Krankheitsbeschreibung war. Vielmehr war es, im Rahmen des soziokulturellen Kontexts, auch immer "Ausdrucksvehikel" für kulturelle, soziale und psychologische Entwicklungen und Strömungen. "There is a story that the wise man of Chelem tried to capture the sunlight in sacks. Whenever the sacks were opened at night, however, the sunlight was found to have escaped. So it is with hysteria." (D. M. BERGER)

2. Hysterie. Cursorische Umkreisung des Themas.

2.1. Historischer Überblick.

Schon 2000 Jahre v. Chr. wird in ägyptischen Papyri ein Syndrom erwähnt, in dem man, allerdings ohne den gleichen Namen, eine Verbindung hergestellt hatte zwischen der Position des Uterus und gewissen Verhaltensstörungen. Die Griechen entwickelten das Thema weiter und gaben ihm den Namen (VEITH). Die, wie BRUN sagt, abenteuerliche Theorie vom wandernden Uterus (griech. *ὑστέρα*) wurde von PLATO aufgegriffen. HIPPOKRATES handelt die Hysterie unter den Frauenkrankheiten ab und stellte sich vor, wenn der Uterus durch Anstrengungen oder Mangel an Geschlechtsverkehr u. a. austrocknet und zu leicht wird, wandert er, auf der Suche nach Feuchtigkeit im Körper umher. Das führt natürlich zu vielerlei Störungen: durch Verlegung der "im Bauch befindlichen Atmungsbahn" zu Anfällen von Erstickung; durch Verlagerung des Uterus in den Oberbauch zu einem Verlust der Sprache, einer Empfindungslösigkeit des Kopfes und der Zunge. Zur Therapie eines z. B. nach oben gewanderten Uterus empfahl HIPPOKRATES wie schon die Ägypter Räucherungen, und zwar entweder das Abbrennen von übelriechenden Stoffen an der Nase, um den Uterus zu vertreiben oder/und das Verbrennen wohlriechender Stoffe

über dem Genitale, um ihn anzulocken (zit. n. WINKLER). Eine Anzahl römischer Ärzte sah das Problem weniger animistisch: der Uterus litt, nach ihrer Meinung, nicht so sehr an Wanderlust als an "Infektion" oder "lokaler Inflammation". Aber auch sie behandelten mit einer Mischung aus magischen und rationalen Methoden.

Vom 5. bis ins 17. Jahrhundert wurde die Hysterie weitgehend unter der Hexerei subsummiert. Seit GALENUS war zwar die Vorstellung von "Wanderungen" endgültig überwunden, doch die Auffassung, daß die Hysterie mit der Gebärmutter zu tun habe und deshalb nur bei Frauen vorkomme, hielt sich bis ins 19. Jhd. (z. B. LOUYER-VILLERMAY, ROMBERG), und ihr Zusammenhang mit der Sexualität bis heute.

Im Mittelalter galten hysterische Verhaltensweisen meist als Zeichen der Besessenheit vom Teufel und waren damit Domäne der Kirche. Die "stigmata diaboli", so bezeichnete man die körperlichen Symptome (wie Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, Ohnmachtsanfälle und Hyperkinesen) waren die Folgen einer Berührung durch den Teufel. (Man hört heute noch manchmal den Ausdruck: hysterische "Stigmen"!)

Die folgerichtige "Behandlung" war daher Exorzismus, und bei Erfolglosigkeit desselben die Verbrennung der Betroffenen; es wurden Personen verbrannt, die mit dem Teufel paktiert und damit nicht nur selbst gefährdet, sondern vor allem als eine Gefahr ("böser Blick") für die anderen, d. h. für die Aufrechterhaltung der etablierten Ordnungsprinzipien (Himmel - Hölle etc.) angesehen wurden. CALMEIL und LEUBUSCHER schildern anhand von Quellenmaterial eindrücklich diese Hysterieepidemien. Da der Akzent zu dieser Zeit nicht auf dem Erleiden einer Krankheit, sondern auf dem Bösetun einer Person liegt, wird ihr Abweichen von den Regeln als eine Bedrohung einer der Grundfesten der Gesellschaft gewertet. Diese Außenseiter müssen mit allen Mitteln entweder "geheilt" oder aus der Welt geschafft werden (Scheiterhaufen).

CAROLUS PISO (Charles Lepois) brachte im 17. Jahrhundert als erster die Hysterie mit dem Zentralnervensystem in Zusammenhang. In England löst sie Th. WILLIS (1667), der als Erster eine zusammenhängende Neurologie auf anatomischer Grundlage formulierte, von ihrem "altehrwürdigen Sitz" im Uterus und macht sie zu einem "nervösen" Leiden (DÖRNER S. 37, 38). In Ablösung der traditionellen humoral-chemischen Erklärungen der Krankheitsentstehungen erstellte WILLIS ein "neurologisch-psychologisches System, in dem die spiritus animales innerhalb der Organe von äußeren Objekten erschüttert und nach innen getrieben werden, wodurch die Empfindung entsteht. Schaltstelle dieser Bewegungen, die in den Nerven

wellenartig vor- und rückwärts gehen und zugleich mechanisch angestoßen werden, ist der *sensus communis*, "der Gemeinsinn in der Mitte des Gehirns." ¹⁾ Er vermittelt Wahrnehmungen, Einbildung, Phantasien und Gedächtnis und außerdem treibt er die nach innen gekommenen Nervenspiritus wieder nach außen. Die Formen des Irreseins, die ohne sichtbare Läsion entstehen, gehen also auf eine nicht direkt sichtbare, sondern nur an deren Wirkung erkennbare Schädigung dieser Spiritus zurück. Gerade diese Unsichtbarkeit einer gleichwohl postulierten materiellen Läsion erschließt "einen Bereich, der auch nach Ende der in substantiellen Leib-Seele-Beziehungen denkenden Ära erlaubte, nahezu beliebige psychische, moralische, soziale oder politische Phänomene "krank" oder "abnorm" zu nennen" (DÖRNER, S. 37-38).

Daß die Hysterie im Gegensatz zu den aus der Öffentlichkeit vollständig ausgegrenzten "Irren" zum öffentlichen Diskussionsstoff zählte, zeigt die Beschreibung von Th. SYDENHAM, die auch eine Art moralischer Beschreibung der bürgerlichen Öffentlichkeit Englands an der Wende zum 18. Jhd. ist; er vermengt hierbei, was das klinische Bild angeht, die Hysterie (die bei Frauen vorherrscht) mit der Hypochondrie (bei Männern) und der Melancholie. Von Hysterie frei sind fast nur Frauen "such as work and fare hardly"; wohingegen fast nur solche Männer an dieser Störung leiden "who lead a sedentary life and study hard" (SYDENHAM, Dissertation S. 367 f.). Damit ist also mit dem Begriff Hysterie ziemlich genau der für einen damaligen Akademier sichtbare Bereich der bürgerlichen Öffentlichkeit bestrichen: Männer, die in kaufmännischen oder anderen Büros ihren ökonomischen, akademischen oder literarischen Berufen nachgingen und die Frauen, die nicht arbeiteten, d. h., die bürgerlichen Ehefrauen; zur typischen bürgerlichen Identität gehörte also auch das Leiden an Hysterie bzw. Hypochondrie.

Erklärt wird die Hysterie von SYDENHAM zunächst durch die Unordnung und Ataxie der *spiritus animales* und dann mit einem quasi "verinnerlichten" Prinzip von WILLIS: "as the body is composed of parts which are manifest to the senses, so doubtless the mind consists in a regular frame or make up of the spirits, which is only the object of reason. And this being so intimately united with the temperament of the body, is more or less disordered according as the constituent parts thereof, given us by nature, are more or less firm" (SYDENHAM a.a.o. S. 376). FOUCAULT interpretiert dies als das Ersetzen der neutralen naturwissenschaft-

1) jener "sensus communis", der zugleich das Fundament des anderen Zentralbegriffs der bürgerlichen Öffentlichkeit in England war.

lichen Beobachtung von WILLIS durch eine innere Sicht, in der, durch die Bezogenheit der Spirits auf die Dichte der Konstitution, die innerlich-körperliche Dimension mit der moralischen, und die Schwäche dieser Konstitution mit der Schwäche des Herzens zusammengebracht wird, "denn gerade mit diesem Zusammenhang begründet SYDENHAM die größere Disposition der schwächeren Frauen für die Hysterie und damit kulturkritisch den schwächlichen, inkonstanten weiblichen Charakter der neuen bürgerlichen Gesellschaft": "Hence women are more frequently affected with this disease than men, because they have received from nature a finer and more delicate constitution of body, being designed for an easier life and the pleasure of men, who were made robust, that they might be able to cultivate the earth, hunt and kill wild beast for food, and under go the like violent exercises" (SYDENHAM S. 376).

Therapeutisch schlägt SYDENHAM zunächst reinigende Entleerungen des Körpers nach verschiedenen Richtungen vor, sodann Eisenmittel zur Stärkung der Spirits, und zu ihrer naturgemäßen Regulierung vor allem tägliches Reiten (a. a. o. S. 401).

So bildete die Hysterie zugleich die der Öffentlichkeit zugängliche medizinische Modellvorstellung für nervöse bzw. psychische Störungen. Dementsprechend wurde, da Ärzte vor allem in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit Umgang pflegten und sehr häufig "Sprechstunde" auch für hysterische Patienten im coffee-house abhielten, die Hysterie ein Thema, über das alle Welt schrieb, bevorzugt natürlich über die eigene Krankengeschichte.

Im folgenden soll kurz beleuchtet werden, welch vielfältige, wechselseitige Verzahnung der äußeren Situation mit der Auffassung und Vorstellung von Wissenschaft und Öffentlichkeit über psychische Krankheit zu dieser Zeit bestand. Die medizinische Entthronung der Vernunft als überindividuelles letztes Prinzip durch Th. WHYT, der den Menschen als einen unabhängig funktionierenden Kreislauf von einerseits neurophysiologischen und andererseits psychologischen Funktionen sieht, hat für das Hysterieverständnis folgende Konsequenz: Hysterie und Hypochondrie sieht er als "nervous disorders", deren Ursache "an uncommon weakness or a depraved or unnatural feeling, in some organs of the body" ist, und "a too great delicacy and sensibility of the whole nervous system". Man erkrankt durch eine übergroße Beweglichkeit (sensibility) der körperlichen Beziehungen erkrankter Organe untereinander (mehr den Frauen eigen), d. h. an einem Übermaß an "sympathy" oder "consensus". Die Eigenschaften des Nervensystems sind zugleich psychische, ja sogar moralische Kategorien (n. DÖRNER). FOUCAULT schreibt

dazu: "From now on one fell ill from too much feeling; one suffered from an excessive solidarity with all the beings around one. One was no longer compelled by one's secret nature; one was the victim of everything which, on the surface of the world, solicited the body and the soul. And as a result, one was both more innocent and more guilty." (s. 157)

Hysterie ist weiterhin die Krankheit des Bürgers und die beginnende allgemeine Hinwendung auf das Innenleben ist vielfältig verflochten mit den Auswirkungen der seit der Jahrhundertwende stattfindenden ökonomischen Revolution in England, die das bürgerliche Privatleben vollständig neu geordnet hat. "Die Moralisierung der Sensibilität und die "Revolution der Gefühle", die neue Konzeption der nervous disorders und die literarische Romantik sind nicht nur gleichzeitig, sie durchdringen sich nicht nur gegenseitig theoretisch und praktisch, sie entsprechen sich auch in ihren gesellschaftlichen Funktionen" (DÖRNER, a. a. O. S. 79)

Einerseits stellt die romantische Gefühlhaltung einen Protest gegen die aristokratische Welt dar und andererseits erhalten Selbstsuggestion und Übertreibung der eigenen Gefühle, ständige Selbstreflexion und die Beobachtung jeder Stimmung und Regung eine Funktion als Entschädigung für die Erfolglosigkeit und Enttäuschungen im praktischen Leben. Bewältigt der Bürger aber seine "moralische Aufgabe" nicht, d. h. die ihn auszeichnende Empfindsamkeit durch Beschränkung und Verzicht zu beherrschen, so steigert diese sich ins unnatürlich-maßlose, und Krankheit ist eine der möglichen Folgen bzw. Strafen. Im sentimentaliten Sittenroman der engl. Romantik (z. B. RICHARDSON, FIELDING und STERNE), der literarischen Form dieses Individualismus, bringt der Held durch Anständigkeit und deren Lohn quasi das unerfüllte Leben des Lesers zur Vollendung. Unter der rasch wachsenden Buchproduktion findet sich kaum ein Literat, der nicht zur Erklärung des Leidens seiner Helden, wie seines eigenen Lebens das Schema der nervous-diseases benutzt; wobei die Begriffe nervous disease - madness - insensibility zunehmend verschwimmen; belohnt wird innere Standhaftigkeit gegen die Versuchungen und Leiden, die den Empfindsamen anfechten, aber Stumpf- oder Blödsinn (madness, insensibility) sind die Folge bzw. Strafe dafür, daß man dem "genußbereitenden Instrument der Empfindsamkeit" nicht auch gleich moralische Zügel anlegte und so die Grenzen der bürgerlichen Norm hinter sich ließ.

Der Wandel bzw. die Funktionalisierung, die das Krankheitskonzept der Hysterie erfuhr, läßt sich aufzeigen an der Fähigkeit der "Sympathie": bei dem schottischen "Neurologen" WHYTT ist sie eine objektive, durch die somatische Nerventheorie gestützte Reaktions-Kategorie, das Mitschwingen mit anderem oder anderen; durch zunehmende Verinnerlichung wurde sie jedoch das subjektive Gefühl, daß jener sympathisch oder unsympathisch ist.

Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts gewinnt die Auffassung, daß die Hysterie eine somatische Erkrankung des Nervensystems sei, wieder mehr an Gewicht: GEORGET 1821: Hysterie sei zentral bedingt; BENEDICT, TODD, OLLIVIER, ISAAC, PORTER, VALENTINER: eine Erkrankung peripherer Nerven oder des Rückenmarks. (zit. n. WINCKLER)

1859 behandelte BRIQUET in einer großen Monographie anhand von 430 Patienten, die Aetiologie, Symptomatologie und die verschiedenen Verlaufsformen der Hysterie. Er vertrat die Meinung, daß die Ursache eine Übererregbarkeit bestimmter Teile des Gehirns sei, und zwar jener, denen die Empfindungen und Gefühle zugeordnet seien. Er legte dem ein nervöses Zentrum in der "cephalospinalen Achse" zugrunde, dessen Erregung (durch Reize aus der Peripherie) Gefühlserlebnisse (wie z. B. Freude oder Schmerz) bewirkte und führte so die ungesteuerten Affektreaktionen der an Hysterie leidenden Kranken auf umschriebene zerebrale Funktionsstörungen zurück.

Einige Jahre später begann CHARCOT sich mit der Hysterie zu befassen. Er gab als Ursache eine (anlagebedingte) gesteigerte "neuromuskuläre Erregbarkeit" an und experimentierte mit Hypnosen und "Magnetismus". Die Beschäftigung mit dieser Krankheit wurde durch ihn und seine Schüler (B. RICHER, PITRES, GILLES DE LA TOURETTE, BABINSKI, BLOCQ u. a.) für kurze Zeit zur großen Mode. CHARCOT rechnete allerdings auch neurologische Krankheitsbilder mit pathologischem Sektionsbefund ("Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarks") zur Hysterie, die er eben im Grunde für eine organische Nervenerkrankung hielt (der Ausdruck "Neurose" deutet darauf hin).

Auch in den folgenden Jahrzehnten blieb die Meinung einer primären Veränderung im Zentralnervensystem, im Sinne von funktionellen Störungen oder unsichtbaren molekularen Veränderungen als Krankheitsursache erhalten. SOLLIER z. B. hielt hysterische Symptome für die Folge eines "Schlafes" umschriebener Gehirnregionen. OTTO BINSWANGER behauptete (1904) die unlösbare Beziehung zu Störungen der Hirnrindenfunktion; auch die pathologischen Affektreaktionen hysterischer Personen entstünden durch "eine gestörte Dynamik der kortikalen funktionellen Mechanismen".¹⁾ OPPENHEIM vertrat bis zum Ersten Weltkrieg die Ansicht, daß nach

1) Hysteriforme Verhaltensweisen kommen gelegentlich als Symptom einer zerebralen organischen Wesensänderung vor, bevorzugt nach Stirnhirnverletzungen (GUTTMANN, POPPELREUTER), bei Hirntumoren mit Sitz frontal oder im Hirnstamm, bei Encephalomyelitis (PETERS). WHITLOCK (1966) betont ebenfalls das Zusammentreffen von hirnorganischen Veränderungen mit hysterischer Symptomatik (Männer und Frauen) und bezieht

Unfällen beobachtete Zustandsbilder, durch feinste molekulare Veränderungen bedingt seien.

Gegen Ende des letzten Jahrhunderts stellten P. JANET (1888), MÖBIUS (1888) sowie J. BREUER und S. FREUD (1893) die ersten psychologischen Theorien zur Genese der Hysterie auf; weiter unten soll genauer auf sie eingegangen werden. Diese frühen Studien bedeuteten zugleich den Beginn der Psychoanalyse und einer differenzierten Neurosenlehre. Zuvor kannte man nur zwei Neurosenformen, die Neurasthenie und Hysterie (vgl. 4. Aufl. d. Lehrbuches von KRAEPELIN 1893). SOMMER vertrat noch im Jahre 1894 den Standpunkt, die psychogenen Erkrankungen gehörten unter den Sammelbegriff Hysterie (S. 125 ff.), FREUD dagegen meinte schon in seinen ersten Schriften, daß die Hysterie eine Unterform psychogener Erkrankungen sei, nämlich der "Abwehrneuropsychose".

Auch BONHOEFFER (1911) hielt "psychogen" für den weitergehenden Begriff.

Eine weitere Klärung brachten dann die Erfahrungen des ersten Weltkrieges, insbesondere die Behandlung des Themas auf dem Kongress der Gesellschaft deutscher Nervenärzte 1916 in München (Ref. Zbl. Neur. 13, (1916) 222) und später vor allem die Arbeiten von ERNST KRETSCHMER zur Frage der hysterischen Symptombildung (s. weiter unten).

Nach dem ersten Weltkrieg kam das Hysterieproblem etwas "aus der Mode" und verlor das Interesse der Psychiater, einmal weil spektakuläre Fälle immer seltener wurden und zum anderen war der Begriff wegen seiner Vielschichtigkeit immer noch nicht genau umgrenzt; zudem nahm er seit der Entwicklung der psychologischen Theorien darüber immer mehr den Charakter eines Werturteils an, so daß KURT SCHNEIDER (schon 1923) monierte: "Wenn man sich in der reichen Literatur umsieht, was man alles zum 'hysterischen Charakter' gerechnet hat, so vermißt man kaum einen Charakterzug, der dem Arzt oder der Mitwelt überhaupt unangenehm zu sein pflegt (109)".

Die Bemühungen um Klärung des Problems Hysterie liefen und laufen auf vielen Ebenen weiter: 200 rezensierte Arbeiten in den "Excerpta Medica" von 1950-60; ungefähr 300 in den "Psychological Abstracts" von 1940-59 erschienene Beiträge etc. zeugen davon.

zu 1) Seite 24
sich auch auf Arbeiten von KENNEDY (1940), SCHILDER (1964) und HERNANDEZ-PEON et al. (1963); s. a. 2.2.1.

2.2. Im folgenden Abschnitt soll ein Überblick über zum Teil sehr verschiedenartige Beiträge in der Literatur neueren Datums gegeben werden.

2.2.1. Biologische und neurophysiologische Beiträge

Je mehr man sich mit dem Problem befaßt, um so deutlicher wird das unlösbare Ineinandergreifen biologischer und psycho-sozio-reaktiver Faktoren. Dabei bildet der biologische Anteil, also die Konstitution bzw. ihre Varianten das Fundament, das den "Überbau" in ganz bestimmter Weise beeinflusst. Schon E. KRETSCHMER hat bei den sog. Neurosekranken charakterisierbare Konstitutionsvarianten in solchem Umfange festgestellt, daß man ein zufälliges Zusammentreffen ausschließen kann. (zit. n. WINKLER) Es handelt sich vor allem um konstitutionelle Varianten im Reifungs tempo und um intersexe Konstitutionsvarianten aller Schattierungen: von den ins Auge springenden, voll ausgeprägten, bis zu den Abortivformen. Für die Hysterie von besonderer Bedeutung ist das Retardierungsproblem. Es ist darunter ein Bestehenbleiben von körperlichen (und seelischen) Teilinfantilismen und Teiljuvenilismen zu verstehen. Solche konstitutionellen Zeichen zählt E. KRETSCHMER (1948, S. 48 ff.) auf: "starke Stigmatisierung im vegetativen Bereich", besonders die "spielend leichte Ein- und Ausschaltbarkeit von reflektorischen Mechanismen" (über die später noch zu reden sein wird), "gehäufte Störungen in der Sexualkonstitution, speziell sexueller und allgemeiner Infantilismus": Hypoplasie des Mittelgesichts, Genitalhypoplasien, Dysmenorrhoe, verspätete Menarche, überhaupt "Störungen und Unebenmäßigkeiten im Einsetzen der einzelnen Pubertätszeichen" und der "endokrinen Reifungsvorgänge", Retardierungszeichen (bei Frauen) z. B. Lanugobehaarung entlang der ganzen Wirbelsäule, Brustfell, starke Behaarung der Linea alba; Sekretions- und Fettansatz-Anomalien u. a., sowie mancherlei intersexe Konstitutionsvarianten bei beiden Geschlechtern. Für das Verständnis und die Diagnose der konstitutionellen Retardierungen ist die Kenntnis der normalen körperlichen Entwicklungsstufen unerlässlich. Ich verweise hierzu auf die Arbeiten zur morphologischen Entwicklung von W. ZELLER (1938, 1952).

"Die Hysterieprobleme sind also von der konstitutionellen Seite her Längsschnittprobleme, Fragen der "Lebenskurve" (ibid.)". Die Neurosenlehre hat vielfach den Schluß gezogen, daß die häufig im Pubertätsalter auftretenden Schwierigkeiten mit "einer Kette rückwärts liegender psychischer Traumen hinsichtlich des Eltern-Kind-Verhältnisses" ursächlich verknüpft sind. Allerdings sind solche frühkindlichen Erlebnisse so häufig, daß man fragen muß: Weshalb wachsen sie sich nur in einigen Fällen zum persistierenden psychischen Trauma aus. (KRETSCHMER a.a.O. S. 54) Aus konstitutionsbiologischer Sicht löst sich das Problem so:

"Die Menschen, die die gewöhnlichen psychischen Traumen aus der Kinderzeit bis über die Schwelle der Pubertät hinüber konservieren, haben in der Regel bestimmte (körperlich) konstitutionelle Retardierungen, also "partiell unebenmäßige Reifungshemmungen". Und KRETSCHMER fährt fort: "Wo Teilinfantilismen und Teiljuvenilismen in der psychophysischen Konstitution des späteren Lebens eingesprengt sind, da entstehen typische Diskrepanzen und Ambivalenzen innerhalb der Persönlichkeit" ("... der so geartete Mensch reagiert auch soziologisch anders."). So stellt sich für E. KRETSCHMER ein guter Teil der Hysterieprobleme als Reifungsprobleme dar.

Auf der Suche nach einer Erklärung für hysterische Symptome äußerte erstmals KRAEPELIN (1915, S. 1666) die Vermutung, sie könnten vielleicht etwas mit "stammesgeschichtlich uralten Schutzeinrichtungen" zu tun haben. E. KRETSCHMER dachte diesen Gedanken konsequent zu Ende. Nach seinen umfangreichen Beobachtungen im ersten Weltkrieg an Soldaten, teilte er die hysterischen Symptome in zwei Gruppen: eine Gruppe mit Hyperkinesen irgendeiner Form (Schütteltremor, Dämmerzustand mit psychomotorischer Erregung u. a.) und eine Gruppe mit Bewegungsunfähigkeit irgendeiner Form (Astasie-Abasie, Lähmungen). Er ordnete diese Phänomene den entwicklungsgeschichtlich vorgebildeten, instinkt- und reflexmäßigen Reaktionsschablonen zu, denen bei Tieren der "Bewegungssturm" mit einer Überproduktion von Bewegungsabläufen und der "Totstellreflex" (Immobilisationsreflex) äquivalent sind. Diese Schutz- und Fluchtreaktionen aus den phylogenetischen Unterschichten stehen eigentlich jedem Menschen zur Verfügung, durchbrechen aber beim Gesunden nur in extremen Gefahrensituationen den "rationalen Überbau" (P. LERSCH). Die hysterische Symptombildung aber, so betont E. KRETSCHMER, erfolgt unter Einwirkung einer "Tendenz" eines "Willens". KRETSCHMER unterscheidet einen rational gesteuerten "Zweckswillen" und einen dumpfen, triebabhängigen "hypobulischen" Willen, der als phylo- und ontogenetische Unterstufe des Zweckwillens, mit naher Verwandtschaft zu den Affekten gedacht wird. Beim gesunden Erwachsenen ist die mehr von Reizen, nicht von Motiven gesteuerte "Hypobulik" ganz vom Zweckwillen überlagert, allerdings nicht ausgeschaltet, sie wirkt sozusagen als dessen "Treibstoff" weiter.

Ein quasi dissoziierter Willensapparat, die "Technik" der "willkürlichen Reflexverstärkung" (d. h. die Reflexverstärkung selbst und die Bahnung unterschwelliger Reize zur Reflexauslösung bis hin zur "chron. Reflexeinschleifung") und die oben beschriebenen Konstitutionsvarianten sind sozusagen Regelgrößen, die auf den Regelkreis Individuum-Umwelt miteinwirken.

Die Ergebnisse neurophysiologischer Forschungen zu diesem Problem scheinen uns besonderer Beachtung wert.

BERT et COURJON fanden bei der Auswertung der EEG-Aufzeichnungen von 270 Hysterie-Fällen, daß bei Patienten mit hysterischen Krisen, einige Charakteristika des kindlichen EEG (wie Theta-Wellen, begleitet von einer langsamen, neuronalen Hypersynchronisation bei Hyperventilation) festzustellen waren.

DONGIER, M. et S., et GASTAUT (1961) nehmen eine biologische Praedisposition¹⁾ zur Hysterie an, und berichten über eine pathologische Persistenz kindlicher EEG-Charakteristika, die excessive Diffusion sensorischer Impulse auf nicht spezifischen Bahnen ins Innere des Gehirns und Zeichen der Unreife, abzulesen an bestimmten Frequenzmustern.

GALLAIS, PLANQUES et MILETTO fanden im Zuge Ihrer Forschungen über die myoklonische Schwelle (deren Höhe von der Erregbarkeit subcortikaler Strukturen, besonders des Thalamus abhängt) in Übereinstimmung mit GASTAUT, eine Erniedrigung bei Hysterikern, und zwar besonders bei solchen mit paroxymalen Krisen.

ROVETTA (1964), der besonders die Grenzen der Einflußnahme des Willens auf das hysterische Symptom untersucht hat, bestätigt, daß neurophysiologische Ergebnisse heute einige Aspekte der Theorie KRETSCHMERS besser erklären, besonders das Phänomen der "willkürlichen Reflexverstärkung" (s. oben). Diese minimale initiale, willkürliche Innervation kann der Hysteriker leicht als realen Anteil seines Willens an der Aktion übersehen. Psychologisch gesehen verwandelt sich hier an diesem Punkt die subjektive in eine objektive Reaktion, und der Hysteriker hält sich an der Symptombildung für völlig unbeteiligt. Wenn man sich nun vergegenwärtigt, daß die spinale Erregbarkeit über die Formatio reticularis auch durch vom Willen unabhängige Faktoren modifiziert werden kann (sensorische Stimuli, Emotionen), dann kann man mit ROVETTA erklären, daß die Symptombildung über neurophysiologische Mechanismen laufen kann, die dem Hysteriker selbst nicht bewußt sind.

Solchen Mechanismen schenkt auch F. A. WHITLOCK (1967) besondere Beachtung. Man müßte sie, u. a. auch ihres protektiven Effektes wegen, (s. a. E. KRETSCHMER) als entwicklungsgeschichtlich determinierte Verhaltensmuster erklären, die

1) Auch DELGADO (1966) nimmt eine konstitutionelle Prädisposition an; er referiert die Tatsache, daß in der Verwandtschaft von Hysterikern fünfmal mehr Epileptiker als in der Normalbevölkerung und in der Verwandtschaft von Epileptikern achtmal mehr Hysteriker seien.

der Struktur des ZNS inhärent seien. Aufgrund zahlreicher Untersuchungen zur topischen Lokalisation (s. a. HERNANDEZ-PEON, R. et al. und JOUVET, M.) gelangt auch er zur Formatio reticularis im Hirnstamm als dem "Ort", wo mit großer Wahrscheinlichkeit die Mechanismen als normale Komponenten der ZNS ablaufen, die unter genügend großen Stress-Einflüssen, Reaktionen vom "Typ des hysterischen Symptoms" produzieren (S. 158). Die funktionelle Angeregtheit der Formatio reticularis ist essentiell für die normale, den Umständen angepaßte Bewußtheitslage. Das Schwinden der Bewußtheit kann z. B. durch vollständige Überlagerung mit cortico-fugalen Impulsen (epileptischer Anfall = Verlust der Bewußtheit) oder durch Läsion des Hirnstamms selbst (z. B. commotio) bewirkt sein. Aber auch intensives emotionales Erleben - d. h. in neurophysiologischer Terminologie ebenfalls cortico-fugale Impulse - führt auf diesem Wege zu einer selektiven Minderung der Bewußtheit von körperlichen Funktionen, also Phänomenen, wie sie in der Hypnose und bei hysterischen Bewußtheits- und partiellen Bewußseinsverlusten eine Rolle spielen.

In seinem schon klassischen Experiment hat HERNANDEZ-PEON (1956) diese neurophysiologischen Vorgänge eindrucksvoll dargestellt: Mit einer in den Nucleus cochlearis implantierten Elektrode zeichnete er die "Antwort"-Potentiale einer nicht-anästhesierten Katze auf eine Serie von hörbaren Klicks auf. Während die Klicks weiterliefen, brachte er eine Maus in einem Glaskasten ins Gesichtsfeld der Katze, wonach (ebenso wie auf andere stark ablenkende Stimuli hin) ein starker Abfall der erregten elektrischen Antwortpotentiale auf die Klicks erfolgte. Um dieses dramatische Ergebnis zu erklären, postulierte H.-P. die Existenz jener regulierenden efferenten oder corticofugalen Kontrolle afferenter Stimuli. Mit anderen Worten heißt dies, daß der Faktor Aufmerksamkeit die Quantität und Qualität der ins Hirn hereinkommenden, afferenten Stimulation oder den Grad ihres Eindringens ins Bewußtsein beeinflussen kann. In einer anderen Studie untersuchte H.-P. et. al. (1963) einen Patienten mit hysterischer Hemianästhesie. Er stellte fest, daß die elektrischen Antwortpotentiale auf eine Reizung des affizierten Beins niedriger waren als die auf der gesunden Seite. Von noch größerem Interesse aber ist, daß diese Unterschiede verschwanden, als dem Patienten ein Barbiturat verabreicht worden war. ¹⁾

1) Diese Ergebnisse sind nicht ohne Kontroverse geblieben. HALLIDAY (1968) fand äquivalente Antwortpotentiale; während BEHRMAN und LEVY (1970) die Ergebnisse von H.-P. für niedrige Grade von Stimulation bestätigten, nicht aber für höhere.

JOUVET (1961) hatte ebenfalls festgestellt, daß durch Lichtstimuli hervorgerufene Aktionspotentiale durch Ablenkung des Probanden (durch Reizung anderer sensorischer Modalitäten oder Aufforderung zum Kopfrechnen) vermindert wurden; wurde aber die Aufmerksamkeit auf die Stimulation zentriert, so wurden andererseits die Aktionspotentiale durchschnittlich größer. JOUVET plazierte also Elektroden in den Nucleus ventralis posterolateralis des Thalamus und konnte so den Amplitudenabfall sensorischer Hautreizungspotentiale dann feststellen, wenn der Patient Kopfrechnen mußte.

Jedoch nicht alle Untersuchungen bei hysterischen Störungen schließen die Senkung der durchschnittlichen Höhe der corticalen Aktionspotentiale durch Stimulation der affizierten Endorgane mit ein. Fast alle Patienten mit hysterischer Amblyopie zeigen auf visuelle Reize normale corticale Antwortpotentiale, obwohl sie einen abnorm erhöhten Schwellenwert ihrer subjektiven Dunkeladaptation (das Erschöpfungsphänomen) demonstrierten, gegenüber normal dunkeladaptierten Aktionspotentialen auf visuelle Reize (BEHRMAN und LEVY 1970; KRILL 1967; BEHRMANN 1969). Diese Ergebnisse deuten darauf, daß die Unterdrückung des Sehens erst nach der Auflösung spezifischer corticaler Antwortpotentiale erfolgt: Sie können auch auf das Wirken eines allgemeinen inhibitorischen Prozesses jenseits der Ebene des primären Rezeptorcortex hinweisen (BEHRMAN 1969, zitiert nach LUDWIG 1972).

In Anbetracht fast all dieser Ergebnisse, die ein Konzept selektiver corticofugaler Inhibition von afferenten Stimuli stützen, können wir uns die Entstehung einer hysterischen Störung als eine Dysfunktion der Aufmerksamkeit, repräsentiert durch diesen neurophysiologischen Unterbau vorstellen. Und zudem: Da starke corticofugale Inhibition afferenter Stimulation einerseits und die Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die Quelle dieser afferenten Stimulation andererseits wechselseitig inkompatibel sind, muß der hysterische Patient offensichtliche Unkenntnis seiner "Unfähigkeit" zeigen. Und da die ungeteilte Aufmerksamkeit nicht mobilisiert oder auf das Symptom hingelenkt werden kann, kann auch der Patient seine Dysfunktion nicht selbst willentlich heilen.

In diesem Zusammenhang sollen zwei der wenigen psycho-physiologischen Untersuchungen zur Hysterie erwähnt werden: ROSEN (1951) unterwarf eine Anzahl hysterischer Patienten dem cold-pressure-Test und fand, daß ihr Blutdruckanstieg unter dem normaler Versuchspersonen lag. Er machte dafür einen "physiologischen Negativismus" verantwortlich. Andererseits verglichen RICE und GREENFIELD, Herzfrequenz, Hautwiderstand und EMG - Potentiale von neun Patienten, die "la

belle indifférence" zeigten mit neun Patienten, die die gleichen Beschwerden, aber objektivierbare Befunde aufwiesen: Sie fanden wenige signifikante Differenzen, aber die Tendenz der Unterschiede ging in Richtung einer etwas höheren Erregung in der Hysteriegruppe. Es fehlen allerdings in beiden Studien, Berichte über die bewußtheits- und aufmerksamkeitsgebundenen Reaktionen der Patienten, in denen die eigentlich signifikanten Unterschiede zu Kontrollgruppen zu erwarten wären.

In neuem Lichte kann man jetzt auch jene affektive Störung, bekannt als "la belle indifférence" betrachten: Dieser, in Hinblick auf die oft schweren Symptome (Blindheit, Lähmung etc.) erhebliche Mangel an psychischer Beeinträchtigung hat fast eine "organische" Qualität, und ähnelt einem Status, der oft bei Patienten mit sog. multipler Sklerose ¹⁾ oder mit Parietallappenanosognosie zu beobachten ist. Obwohl dieser affektive Status das ganze Verhalten kennzeichnen kann, so ist es dem Patienten doch möglich, bei Störungen nicht-symptombezogener Körperzonen adäquat emotional zu reagieren (LUDWIG 1972).

WHITLOCK erschließt aus der neurophysiologischen Erklärung für das Entstehen der hysterischen Symptome ganz zwanglos das Auftreten dieser "belle indifférence":

"However, it has been postulated that hysterical symptoms are due to a selective depression of awareness or vigilance. If this is correct, it is not easy to see how a symptom - pain - which by its very nature leads to greater awareness of the affected area can come into the same category of phenomena as anaesthesias, losses of special sensory functions, twilight states, fugues and amnesias.

In short, pain draws attention to the part whereas loss of awareness leads to its neglect. This fact, incidentally, may be one reason why the symptom of "belle indifférence" has been observed in a proportion of hysterics, for if one is not fully aware of a function one can hardly be expected to manifest normal concern over its loss..." (op. zit. S. 159)

Zusammenfassend kann man feststellen: Es wurde die neurophysiologisch fundierte Theorie aufgestellt, daß die hysterische Symptombildung sehr wahrscheinlich auf dem Wege einer verstärkten, eventuell selektiven corticofugalen Inhibition afferenter Stimulation stattfindet. Der Frage, wieso sich diese an und für sich normale Fähigkeit des Gehirns zu einem oft und zu leicht begangenen Weg "einschleift", oder ob vielleicht eine konstitutionelle Disposition, im Sinne einer mangelnden Ausreifung des Gehirns, dieses Funktionsmuster begünstigt, werden wir weiter nachzugehen haben. Desweiteren werden wir den Einflüssen traumatisierenden affektiven

1) Die bei tatsächlicher multipler Sklerose (besser Encephalomyelitis disseminata) oft beobachteten hysteriformen Störungen und Symptome kann man zurückführen auf Entmarkungsherde, die im Hirnstamm sitzen und so die Effekte der corticofugalen Inhibition afferenter Stimuli nachahmen.

Erlebens später noch unsere Aufmerksamkeit zuwenden.

Zunächst aber folgt ein kurzer Exkurs über die indirekt immer wieder angesprochene Gehirnregion, in der sich die genannten neurophysiologischen Vorgänge abspielen - die *Formatio reticularis* - und ihre Beziehungen zu Vigilanz und Bewußtheit.

Die zwei Zentren für die Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus liegen im Hypothalamus, wovon eines als Erregungs-, das andere als Hemmungszentrum fungiert. Das "Aufsteigende Reticuläre Aktivierungssystem" (ARAS) ¹⁾ besteht aus einer Anzahl von Säulen grauer Substanz, die netzartig anastomosieren. Durch dieses Netz ziehen longitudinale, Bogenförmige und strahlenförmige Fasern. Der obere Pol dieser Substantia oder *Formatio retic.* entspricht dem hinteren Ende des Hypothalamus. Das reticuläre "Bombardement" stellt eine der wesentlichen Quellen der tonischen Aktivität des Cortex dar. Die Erhöhung des Aktivitätsniveaus des RAS bewirkt eine globale Aktion; zentripetal werden alle nervösen Strukturen aktiviert, also auch die Bedingung zu einer Erhöhung der Bewußtheit geschaffen; aber auch zentrifugal, deszendierend erfolgt eine Erleichterung der Motorik und ein Einfluß auf das ergotrope sympathische System. Die Substantia reticularis erhält einerseits Afferenzen von allen sensorischen und sensiblen Bahnen und andererseits absteigende aus dem Cerebrum, u. a. aus der Vierhügel-Gegend, dem Corpus striatum, dem Cerebellum und allen Rindenzonen. So kann jeder periphere und jeder zentrale Reiz unspezifisch durch Stimulierung der *Formatio retic.* das Vigilanzniveau erhöhen, dabei können sich Einflüsse addieren und es kann auch die Stimulierung der *Formatio retic.* viel länger anhalten, als der ursprünglich auslösende Reiz. Der Tonus der *Formatio retic.* hängt auch von hormonellen Einflüssen ab; sie ist selbst chemo-sensibel - eine Adrenalinausschüttung (als Affektwirkung) bewirkt eine Stimulierung; aber auch chemo-sensible Rezeptoren, wie das glomus caroticum u. Aortenbogen wirken in diesem Sinn.

Eine langsame reticuläre Desaktivierung wird z. B. durch Ausschaltung peripher-nervöser, etwa sensorischer Stimuli (dunkles Zimmer, wenig Geräusche, wenn wir schlafen wollen) erreicht. Es gibt aber auch direkte Desaktivierungsvorgänge: die Dehnung des glomus caroticum bewirkt u. a. auf nervalem Weg eine plötzliche Desaktivierung; ebenso desaktivieren unter bestimmten Bedingungen corticale Einflüsse die *Formatio reticularis*. ²⁾

1) 1949 erzielten MORUZZI und MAGOUN zum ersten Mal durch Stimulierung dieser Struktur eine intensive Anregung des Cortex (arousal).

2) s. auch die Ausführungen von WHITLOCK über die mögliche Rolle, die diese Struktur in der Genese hysterischer Symptombildung bzw. Reaktion spielt.

zentren des Hypothalamus, der entscheidende Regulationsfaktor des Vigilanzniveaus. Seine Aktion wirkt diffus auf den Cortex ein, wobei aber anscheinend auch jene Rindenfelder speziell beeinflusst werden, die mit der "Aufmerksamkeit" zu tun haben; die Interaktion mit thalamischen Projektionsfeldern spielt ebenfalls eine Rolle.

Man kann sieben Bewußheitsstufen ¹⁾ unterscheiden und dabei eine befriedigende Parallellität zwischen introspektiv gewonnenen und elektroencephalographischen Ergebnissen beobachten; außerdem erlaubt die Verhaltensbeobachtung eine gute Charakterisierung der einzelnen Stufen:

Niveau I: excessive Vigilanz; das Verhalten ist wenig kontrolliert und kaum sinnvoll; die Außenwelt ist schwächer bewußt; die Aufmerksamkeit ist diffus und kann nicht fixiert werden; vom Gesichtspunkt der Realanpassung ist der Zustand eine Regression, neurophysiologisch aber die excessive Erregung der Vigilanzkontrollierenden nervösen Struktur. EEG: Desynchronisierte Abläufe von mittlerer bis niedriger Amplitude, mit schnellen Frequenzen durchmischt.

Niveau II: vigilante Bewußtheit im eigentlichen Sinn; aufmerksam-ge-spannte Vigilanz (vigilance attentive); das Verhalten ist sinnvoll, zielgerichtet, die Reaktionen schnell und optimal angepaßt. EEG: Teilweise synchronisierte Abläufe. Vorwiegend schnelle Wellen niedriger Amplitude.

Niveau III: "flottierende", nicht konzentrierte Aufmerksamkeit, mit Produktion freier Assoziationen im Denken und einem relativen Absinken der Bewußtheit der Außenwelt; entspannte Vigilanz (vigilance détendue); einerseits automatische Tätigkeiten, andererseits gewisse Formen schöpferischen Denkens. EEG: Synchronisierte Abläufe optimaler Alpha-Rhythmus.

Niveau IV: die Bewußtheit etwa der Tagträumereien; die Reize der Außenwelt sind sehr schwach wahrgenommen; Bewußheitsbeschränkung auf den wesentlichen Gedankenablauf, wobei Vorstellungen häufig die Form anschaulicher Bilder haben; entspricht der Einschlafsituation; vom Standpunkt der Umweltanpassung: mangelnde Koordination und zeitliche Ordnung. EEG: Reduzierung der Alpha-Wellen. Gelegentliches Auftreten langsamer Wellen niedriger Amplitude.

Niveau V: fast vollständiger Verlust der Bewußtheit der Außenweltreize; der Inhalt des Bewußtseins sind Traumgedanken; angepasstes Verhalten läßt sich in

1) Diese Ausführungen referieren DELAY/PICHOT, Medizinische Psychologie, S. 249-253.

V (leichter Schlaf), VI (tiefer Schlaf), VII (Coma) nicht unterscheiden. EEG: Verschwinden der Alpha-Wellen. Relativ schnelle Abläufe von niederer Spannung. Das Auftreten spindelförmiger Abläufe zeigt den Übergang zu einem tieferen Stadium an.

Niveau VI: vollständiger Bewußtheitsverlust für äußere Reize; motorische Reaktionen auf Reize noch möglich, keine Trauminhalte erinnerlich. EEG: Langsame Deltawellen von großer Amplitude.

Niveau VII: vom Standpunkt der Introspektion kein Unterschied zu VI; motorische Reaktionen auf Reize ganz spärlich oder verschwunden; EEG: Unregelmäßige langsame Wellen mit einer Tendenz zu isoelektrischen Abläufen.

Es bleibt noch zu erwähnen, daß die Kongruenz des elektroencephylographisch ablesbaren Aktivierungsgrades des reticulären Systems mit dem Bewußtheitsniveau im Sinne der Vigilanz nicht absolut ist. Die Klarheit der Außenweltbewußtheit ist in II maximal, die größte Aktivierung des reticulären Systems in I, welche aber mit einer herabgesetzten Bewußtheitsklarheit einhergeht. Im Gegensatz zu II, der Außenweltklarheit, erleben wir die größte Klarheit unserer Gedanken aber in III! Die hierarchische Klassifizierung ist also nur neurophysiologisch möglich, aus psychologischer Sicht muß jeder Klassifizierungsversuch die Orientierung der Bewußtheit berücksichtigen.

Von den physiologischen Zuständen eingeschränkter Bewußtheit sei kurz das traumhafte Denken oder Tagträumen (Niveaustufe IV) gesondert erwähnt: Art und Erfordernis der Außenwelt sind nicht mehr bewußt (desozialisiertes Denken); es gehorcht seiner eigenen Dynamik, da es triebmäßigen und affektiven Faktoren unterliegt und Vorstellungen und Begriffe benutzt, die weit mehr als im Wachdenken, emotionalen und insbesondere symbolischen Wert beinhalten. Im Sinne einer hierarchischen Persönlichkeitsorganisation werden im traumhaften Denken - das seine Freiheit dem Absinken der Vigilanz verdankt - Phänomene frei, die im Wachzustand der Kontrolle durch höhere Instanzen unterliegen. Hier besteht ein Berührungspunkt zwischen den beiden Bedeutungen des Wortes "unbewußt", der auch die Interdependenz der beiden Bedeutungen erkennen läßt. Dieser Begriff wird uns in den Abschnitten über tiefenpsychologische Theorien häufiger begegnen.

2.2.2. Psychologische Beiträge.

EYSENCK und seine Mitarbeiter haben im letzten Jahrzehnt die "Verhaltenstherapie" (EYSENCK 1959) entwickelt; an ihrer theoretischen Basis sind der Neobehaviourismus, die Lerntheorien (von PAWLOV bis BECHTEREW, von HULL bis SKINNER, und von KONORSKI bis MOWRER) und die Prinzipien des Bedingens beteiligt. Die Verhaltenstherapie baut sich auf klinisch-psychologische und experimentell begründeten Theorien und Beweise auf, die wesentlich sind für die Entstehungsbedingungen und Heilungsmöglichkeiten jener fehlangepassten Verhaltensweisen, alias Neurosen. Die allgemeine Theorie unterscheidet drei Stadien bei der Neurosenentstehung ¹⁾, die auf die als "dysthymisch" bezeichneten Störungen wie Phobien, Angstzustände, Zwänge etc. zutreffen. Sie werden auch als "Störungen erster Art" bezeichnet, und - der Hypothese entsprechend - "durch bedingte vegetative Furchtreaktionen und die hormonalen und neuromuskulären Reaktionen des Organismus verursacht" (op. zit. S. 17). Bei den "Störungen zweiter Art" entstehen nicht aufgrund bedingter Prozesse fehlangepasste Gewohnheiten, sondern es fehlen vielmehr bedingende Prozesse, die zur Ausbildung sozial erwünschter Gewohnheiten führen könnten. Dazu zählen: Psychopathien, bzw. Soziopathien, Enuresis nocturna u. a.; außerdem rechnen zu dieser Gruppe "jene Patienten, bei denen kein Mangel an erwünschten bedingten Reaktionen vorliegt, sondern ein positives Bedingen stattgefunden hat, das im Widerspruch zu den sozialen Regeln und Gesetzen des betreffenden Landes steht", gemeint sind: "homosexuelle, fetischistische oder andere perverse sexuelle Verhaltensweisen." (op. zit. S. 18)

Was die Persönlichkeitstheorie betrifft, so vertreten die Autoren einen dimensio-

- 1) Erstes Stadium: ein einzelnes traumatisches Ereignis oder eine Serie subtraumatischer Ereignisse lösen eine unbedingte, aber starke, autonome Reaktion, hauptsächlich des sympathischen Nervensystems aus (die ihrerseits das Verhalten desorganisieren kann). Im zweiten Stadium läuft, nach Auffassung der Autoren, der wesentliche Lernvorgang bei der Entstehung einer Neurose ab: es entstehen "bedingte Reflexe, indem ein früher neutraler Reiz durch Assoziation mit den unbedingten Reiz verbunden wird, der die traumatischen emotionalen Reaktionen auslöst. Von da an kann man feststellen, daß sowohl der bedingte als auch der unbedingte Reiz das ursprüngliche fehlangepasste emotionale Verhalten bewirkt." (op. zit. S. 15) Die Tatsache häufig beobachteter "spontaner Remissionen" (bei genügend langer Beobachtungsdauer) solcher neurotischer Reaktionen, soll darauf beruhen, daß "bedingte Reflexe, die nicht bekräftigt werden, zu erlöschen beginnen." Die Fälle, die keine Remissionen zeigen, befinden sich im dritten Stadium, das in der Ausbildung einer sekundär bedingten Gewohnheit besteht, die das Vermeiden der furchtauslösenden Situation zum Ziel hat und somit auch nicht erlöschen kann. (EYSENCK & RACHMAN 1970)

nalen im Gegensatz zu einem kategorialen Standpunkt. Das gilt natürlich auch für die in den Diagnosen der klassischen Psychiatrie zu Ausdruck kommenden, mehr kategorialen "Krankheitseinheiten". EYSENCK u. a. sind der Auffassung, daß dort wie hier jede Gesamtsumme des Verhaltens (= Persönlichkeit) in einem von ihnen aufgestellten zweidimensionalen Bezugssystem einen Platz hat, d. h. auf eine Kombination quantitativer Variationen entlang der beiden Kontinua "Introversion-Extraversion" ¹⁾ und "stabil-instabil" zurückgeführt werden kann. (S. 25) Mit Hilfe der Faktorenanalyse ist auf statistischer und experimenteller Basis dieses quantitative System der Persönlichkeitsbeschreibung entwickelt worden (EYSENCK; EYSENCK & CLARIDGE 1962).

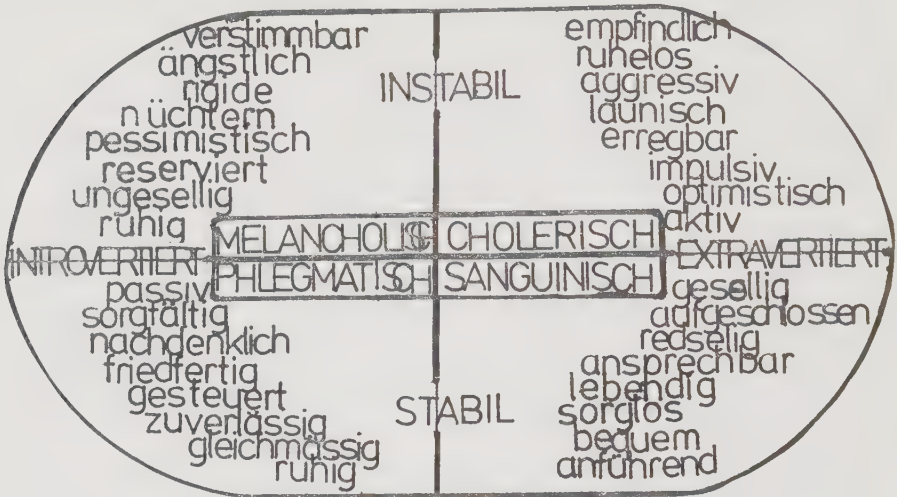


Abb. Der innere Ring zeigt die vier Temperamente nach HIPPOKRATES und GALLEN, der äußere die Ergebnisse neuerer faktorenanalytischer Untersuchungen von Interkorrelationen zwischen Verhaltenszügen (GUILFORD, CATTELL, EYSENCK u. a.; zit. n. EYSENCK 1963 op. S. 24).

Die uns hier interessierenden Hysteriker würde man in der Abbildung im cholericen Quadranten auffinden, und zwar weisen sie in der Dimension ("instabil") Neurotizismus oder Emotionalität hohe Werte auf (S. 28).

"Hysterische Patienten liegen etwa in der Mitte zwischen dysthymischen und psychopathischen Gruppen, wobei sich ihre Extraversion-Introversion-Werte in Fragebögen nicht sehr von Normalen unterscheiden. Bei Untersuchungen mit objektiven Tests gruppieren sich die Hysteriker jedoch deutlich um den extravertierten Pol."

1) nicht im Sinne der Typologie von C. G. JUNG verwendet.

EYSENCK behandelt sie deshalb künftig wie Extravertierte, zumal sie bei einem Vergleich mit den Dysthymikern in den Fragebogenwerten immer signifikant extravertierter sind. (a.a.O. S. 33)

Bezüglich der Persönlichkeitsdimension Extraversion-Introversion formulierte EYSENCK (1957) die Hypothese, daß hohe Grade von Extraversion bei Menschen gefunden werden, bei denen (kortikale) Hemmungsprozesse "schnell, stark und ausdauernd", Erregungsprozesse hingegen "langsam, schwach und unbeständig" ablaufen. ¹⁾ Die Frage nach einer zentralnervösen Repräsentanz solcher "hypothetischer Konstrukte oder intervenierender Variabler wie Erregung und Hemmung" (die in ihrer Bedeutung ziemlich genau die physiologischen Termini *Bahnung* (*facilitation*) und *Unterdrückung* (*suppression*) treffen), führte EYSENCK (1963 b) dazu, verschiedenen Teilen der *Formatio reticularis* partielle Verantwortlichkeit für diese Phänomene zuzuschreiben. Er unterstellte nun, daß *Pharmaka*, die das ZNS anregen, einen introvertierenden Effekt (*zentripetal*) haben, während dämpfende, die Hemmung verstärken (*zentrifugal*) und so in Richtung *Extraversion* wirken müßten. Als Beweise werden Arbeiten über verhaltenstherapeutische Behandlungen von "verhaltensschwierigen Kindern" mit Amphetaminen bzw. Barbituraten angeführt (S. 51-53).

Theorie und Behandlungsmethode sind also, wie die Autoren selbst sagen, rein symptomatisch und "das Symptom ist in jedem Falle eine bedingte, unangepaßte, autonome oder willkürliche Reaktion". Hier, wie an anderen Punkten unterscheidet sich die Theorie eindeutig von jener Psychoanalyse, wie auch die Autoren selbst nicht müde werden zu betonen.

Hysterische Symptome werden mit verschiedenen Konditionierungsmethoden behandelt; u. a. mit aversivem Lernen, instrumentalem Bedingen, dem Prinzip der negativen Übung, Desensibilisierung und Abreaktion.

Der oben dargestellte theorethische Überbau läßt sich natürlich auch auf die Entstehung einer hysterischen Störung anwenden; es bleibt aber die Frage, warum der Patient gerade eine "hysterische" Störung entwickelt?

WALTON und BLACK sind der Meinung, daß z. B. eine aphonische Störung als Meidungsreaktion gegenüber einer angsterregenden Situation entstand und dann als Gewohnheit überdauerte; außerdem kann z. B. starke Ermüdung und physische

1) "Ein Phänomen, das z. B. nach einer Erklärung im Sinne der Hemmung verlangt, ist die *Vigilanz* oder vielmehr das Absinken der *Vigilanz*"; bei bestimmten Arten von Reizeinflüssen.

Schwächung zur Zeit, als sich das auslösende Trauma vollzog, einen Einfluß haben (GRINKER und SPIEGEL, MILLER, DOLLARD, auch PAWLOW). Eine unmittelbare Verbindung kann man jedoch zwischen dem Ermüdungszustand und EYSENCKS typologischem Postulat über die Extraversion, Hysterie und reaktiver Hemmung knüpfen. Bei Extravertierten entwickelt sich schnell eine reaktive Hemmung, die nur langsam abklingt und sie neigen dazu, unter Belastung "blockiert" ¹⁾ zu sein. ²⁾ Selbstverständlich sind Theorien (und auch Methoden) der Verhaltenstherapie nicht unumstritten (u. a. HAMILTON V.; SIGAL, STAR und FRANKS; FOULDS; CROOKES und HUTT; INGHAM und ROBINSON).

Viele, vor allem englischsprachige Autoren befassen sich besonders mit den angeblich verschiedenartigen Persönlichkeitsstrukturen der Personen mit Konversionshysterie im Gegensatz zu denen mit Angsthysterie. Nach CATTELL unterscheiden sich die beiden Formen auch durch das Intelligenzniveau. Er beschreibt bei Angsthysterie ein mittleres Intelligenzalter von 172 Monaten und bei Konversionshysterie von 163,6 Monaten. Eine genauere Differenzierung ergibt sich jedoch bei Betrachtung der Gesamtpersönlichkeit, in der sich die Konversionshysterie von der Angsthysterie durch genaue, messbare Faktoren wie folgt unterscheidet: in Relation zur Intelligenz spärliches Vokabular, eine Neigung zu Schwierigkeiten, geringes Durchhaltevermögen bei exakter Arbeit, kein Streben nach Höherem, die hohe Bewertung der eigenen Leistung, die bemerkenswerte persönliche Unbeständigkeit und auffallende Anzeichen der Unreife, der Abhängigkeit und der Unverantwortlichkeit.

Für die Angsthysterie hingegen werden folgende Persönlichkeitscharakteristika herausgestellt: ausgesprochene Besorgtheit um soziale Respektabilität, Tendenzen zur Überprotektion, gute Integration in den familiären Umkreis, hohe soziale Ideale, große Gewissenhaftigkeit, starker Einfluß des Überichs. Schließlich stimmt CATTELL mit HOVEY darin überein, daß sich die Angsthysterie durch die hohe Punktzahl bei emotionaler Reaktivität von der Konversionshysterie unterscheidet.

Wir werden später zu entscheiden haben, ob durch diese beschriebenen Unterschiede tatsächlich zwei verschiedene Krankheitsbilder konstituiert werden.

1) S. die Ausführungen über "psychomotorische Störungen" *ibid*.

2) Über die Anwendung der Verhaltenstherapie im Bereich hysterischer Störungen berichten z. B. BRADY und LIND 1961, SYLVESTER und LIVERSEDGE 1960, WOLPE 1953.

Der Charakterologe WELLEK zeichnet bei der Abhandlung der "Polaritäten der Kernschicht" den hysterischen Charakter "paradox als Struktur der Strukturlosigkeit", als "jähes Nichts: wo der Kern ausfällt und die Spannung auf die Masken oder Kulissen übergeht - als ein oft völlig regellos erscheinender Kampf unter diesen." -

Und KURT SCHNEIDER schließlich lehnt die Bezeichnung "hysterisch" überhaupt ab und nennt Personen, die mehr scheinen wollen als sie sind (JASPERS über das Wesen des Hysterischen) geltungsbedürftige Psychopathen.

Diese beliebig fortzusetzende Aufzählung von Befunden und Ergebnissen verschiedenartigster psychologischer Provenienz soll abgeschlossen werden mit einem kurzen Exkurs in die im allgemeinen recht vernachlässigten Forschungen des großen Entwicklungspsychologen Jean PIAGET, die zum Verständnis abnormer Prozesse sicher beitragen durch die umfassende Darstellung der Entwicklung geistiger Prozesse beim Kind.

Seine Einteilung der Verhaltensweisen in drei große Systeme ergibt:

1. die erblichen organischen Strukturen (Instinkte)
2. die sensomotorischen Strukturen (die erworben werden können) mit der Gruppe der sensomotorischen Ortsveränderungen als dem Höhepunkt dieses Systems.
3. die Strukturen des Denkens (formale, operative Gruppierungen).

Soweit die erblichen organischen Strukturen betroffen werden, haben wir in bezug auf hysterische Reaktionen mit Ernst KRETSCHMER darauf schon einen kurzen Blick geworfen. Deshalb sollen jetzt die "sensomotorischen Strukturen" etwas näher beleuchtet werden: zu den Strukturunterschieden zwischen der sensomotorischen Intelligenz (PIAGET rechnet sie bis zu einem Alter von etwa sieben Jahren) und der begrifflichen Intelligenz hält PIAGET folgendes fest:

Die sensomotorische Stufe funktioniert wie ein langsam abrollender Film, der alle Bilder sieht, aber unabhängig voneinander, ohne kontinuierliche Schau. Die Tätigkeit der sensomotorischen Stufe zielt immer nur zur praktischen Erfüllung; kausale Verbindungen, Klassifikationen und Feststellungen erfolgen nur im Hinblick auf einen subjektiven Zweck. Die sensomotorische Intelligenz ist also nur eine gelebte nicht eine bewußte Intelligenz. Ihr Wirkungsfeld ist nur die konkrete Wirklichkeit, über kurze Entfernungen vom Subjekt zum Objekt. Dazu können auch Umwege gemacht werden, die aber immer wirklich ausgeführte

Bewegungen und Gegenstände sind. Wohingegen gerade die endlose Erweiterung der räumlich-zeitlichen Entfernungen zwischen Subjekt und Objekt die wichtigste Neuschöpfung der begrifflichen Intelligenz bilden. Um sich von dieser sensomotorischen und praktischen Ebene zu lösen, den Raum, die Zeit und eine Welt von Ursachen und Gegenständen zu schaffen, muß sich das Kind von seinem "wahrnehmungsmäßigen und motorischen Egozentrismus befreien".

Mit dem Erscheinen der Sprache, d. h. dem Auftreten der Symbolfunktion (1,6 bis 4 Jahre) entwickelt sich ein symbolisches vorbegriffliches Denken. Dem Kind, das auch schon vorher Gegenstand vielfältiger sozialer Einwirkungen war, tun sich nun neue soziale Beziehungen auf, die sein Denken verändern. Anfangs nimmt das Kind noch eine Mittelstellung zwischen dem Gebrauch des kollektiven Zeichens und dem individuellen Symbol ein, wobei beide dazu notwendig sind: Das Kind begnügt sich nicht mit dem Sprechen, es muß das, was es denkt, auch "spielen", seine Gedanken durch Dinge oder Gesten symbolisieren, Dinge durch Nachahmung darstellen. Deswegen wird das Kind so lange Symbole brauchen, wie die egozentrische Assimilation der Wirklichkeit an die eigene Tätigkeit vorherrscht; daher das symbolische Spiel oder Phantasiespiel, die reinste Form des egozentrischen und symbolischen Denkens, Assimilation der Wirklichkeit an die eigenen Interessen und Ausdruck dieser Wirklichkeit durch Bilder, die das Ich selbst geschaffen hat (S. 144). ¹⁾ WALLON (zitiert nach PIAGET) spricht davon, daß das Kind im Optativ und nicht im Indikativ denkt.

In diesem Zusammenhang drängt sich in bezug auf die Entstehungsmechanismen hysterischer Symptome ein kurzer vergleichender Blick mit den psychoanalytischen Aussagen auf. Ohne irgendwelchen Bezug zur psychoanalytischen Theorie über die kindliche Sexualentwicklung und die damit zusammenhängenden Folgerungen zu nehmen, scheinen uns aber die Termini: Regression und Fixierung angewandt auf diese Phase der geistigen Entwicklung eine Interpretationsmöglichkeit aufzuzeigen: Wenn nämlich z. B. eine hysterische Lähmung also eine Pantomime bzw. ein in wortloser Körpersprache ausgedrückter Konflikt ist, dann müßten wir darin tatsächlich eine Regression und Fixation sehen, allerdings keineswegs auf die, wie immer auch gearteten Konflikte dieser frühen Periode, sondern vielmehr auf die damals zur Verfügung stehenden Denk- und Aktionsmodi, (nämlich jenen zitierten "Ausdruck der Wirklichkeit durch symbolisches Spiel und Bilder,

1) Und das Kind wird aus jenem System der Begriffssammlung nur jene Elemente entnehmen, die ihm entsprechen.

die das Ich selbst geschaffen hat").

Ob dieser "Mechanismus" als Rückgriff oder als Überbleibsel aus der Entwicklung zu deuten ist, kann man, wenn überhaupt, nur von Fall zu Fall entscheiden. KRETSCHMERS scharfsichtige Darstellung der Teilinfantilismen etc. ließe beide Möglichkeiten zu. Auch PIAGETs Formulierung über die Struktur des formalen, begrifflichen Denkens läßt einige Interpretationen zu unserem Thema zu: Wenn er die operativen Gruppierungen der Intelligenz in konkretestem und genauestem Sinn als die höchste "Gleichgewichtsform" auffaßt, zu der alle sensomotorischen und vorstellungsmäßigen Funktionen im Laufe der Entwicklung hinstreben, ist es eben denkbar, daß aus inneren oder äußeren Gründen dieses Gleichgewicht sich nicht einstellt, oder aber immer nach einer bestimmten Seite seine Balance verläßt.

2.2.3. Tiefenpsychologische Beiträge.

Am Beginn der systematisch vorgehenden und forschenden Tiefenpsychologie stand CHARCOT, der sich mit Hypnose ("artifizielle Hysterie") und Hysterie befaßte. BREUER und FREUD führten zum ersten Mal eine konsequente psychische Therapie der Hysterie mittels Hypnose durch. Aus ihren therapeutischen Erfahrungen leiteten sie, besonders FREUD fortschreitend weitere Erkenntnisse ab, die das theoretische Gebäude der Psychoanalyse wurden. Für BREUER galt: "Grundlage und Bedingung der Hysterie ist die Existenz" (genauer die Erzeugung) "von hypnoiden ¹⁾ Zuständen" (1895 S. 14). Die festgestellte, angebliche Gleichartigkeit hysterischer und "hypnoider" Zustände markiert den Beginn. Die Unterscheidung der beiden Phänomene ermöglichen ihre Entstehungsbedingungen; letztere können experimentell erzeugt werden, erstere entstehen zwangsläufig unter bestimmten Bedingungen, deren dynamische Struktur sich etwa so beschreiben ließe: ein abgespaltener Vorstellungskreis ist verdrängt und unbewußt geworden und bedrängt und stört als nicht abreagiertes, traumatisches ²⁾ Geschehen das Bewußtsein und erzeugt zudem noch vielfache körperliche Symptome. Aus diesem, am Hysterischen erforschten Phänomenbereich wurde sowohl die erste Konzeption des neuen Begriffes vom "Unbewußten" wie später auch die Traum-

1) BREUER bezeichnet damit einen auch durch Hypnose erreichbaren Zustand von Wachträumen; das "Privattheater des Patienten".

2) Verdrängung, Unbewußtes, Abreaktion, Trauma (psychisches), sind definierte Termini der Tiefenpsychologie.

lehre entwickelt.

"Bei der vollen Identität zwischen den Eigentümlichkeiten der Traumarbeit und der psychischen Tätigkeit, welche in die psychoneurotischen Symptome ausläuft, werden wir uns für berechtigt halten, die Schlüsse, zu denen uns die Hysterie nötigt, auf den Traum zu übertragen." ¹⁾

Das bedeutet, daß man in der folgenden, acht Jahre nach der "Traumdeutung" von FREUD verfaßten Aufschlüsselung der Determinanten des psychoneurotischen Symptoms (mit Ausnahme des 2. Punktes) den Ausdruck "hysterisches Symptom" auch durch "Traum" oder "Fehlleistung" ersetzen und die Aussagen synonym verwenden kann. ²⁾ Das mindert allerdings, wie uns scheint, die Präzision dieser Aussagen als pathognomonisch-hysterische Daten.

- "1. Das hysterische Symptom ist das Erinnerungssymbol gewisser wirksamer Eindrücke und Erlebnisse.
 2. Das hysterische Symptom ist der durch "Konversion" erzeugte Ersatz für die assoziative Wiederkehr dieser traumatischen Erlebnisse.
 3. Das hysterische Symptom ist - wie auch andere psychische Bildungen - Ausdruck einer Wunscherfüllung.
 4. Das hysterische Symptom ist die Realisierung einer der Wunscherfüllung dienenden, unbewußten Phantasie.
 5. Das hysterische Symptom dient der sexuellen Befriedigung und stellt einen Teil des Sexuallebens der Person dar (entsprechend einer der Komponenten ihres Sexualtriebs).
 6. Das hysterische Symptom entspricht der Wiederkehr einer Weise der Sexualbefriedigung, die im infantilen Leben real gewesen und seither verdrängt worden ist.
 7. Das hysterische Symptom entsteht als Kompromiß aus zwei gegensätzlichen Affekt- oder Triebregungen, von denen die eine einen Partialtrieb oder eine Komponente der Sexualkonstitution zum Ausdruck zu bringen, die andere dieselbe zu unterdrücken bemüht ist.
 8. Das hysterische Symptom kann die Vertretung verschiedener unbewußter, nicht-sexueller Regungen übernehmen, einer sexuellen Bedeutung aber nicht entbehren.
 9. Ein hysterisches Symptom ist der Ausdruck einerseits einer männlichen, andererseits einer weiblichen, unbewußten sexuellen Phantasie."
- (FREUD, GW VII, 196 f.)

In Abs. 2 wird die Frage nach der Spezifität der Symptombildung angeschnitten, aber nicht geklärt. "Wie erfolgt die Umsetzung seelischer Erlebnisenergie in die bekannten psychischen, motorischen und sensiblen Entladungskomplexe, die wir hysterisch nennen?" (KRETSCHMER, S. 63)

1) FREUD GW II/603

2) Allerdings ist (Punkt 7 unten) in dieser Formulierung das "Ich" bereits durch den "Trieb" ersetzt - eine (nach D. WYSS) "der widerspruchsvollsten und folgenreichsten Begriffsumwandlungen der psychoanalytischen Theorie."

Schon FREUD operiert, mit Blick auf die Wirklichkeit und Dynamik unbewußter Vorstellungskomplexe, in diesem Zusammenhang mit dem Begriff "psychogen". In seiner weitesten und umfassendsten Form sagt dieser zum Allgemein-Begriff gewordene Terminus "psychogen" nur aus, daß es pathologische Erscheinungen gibt, deren Grund im Psychischen zu suchen ist. BRUN hat davon allerdings einen zweiten, engeren Begriff unterschieden. Er hat ihn als "eine Form" charakterisiert, "bei der die Psyche lediglich die Auslösung eines physiologischen Reflexvorganges im vegetativen Nervensystem bewirkt, auf dessen Gestaltung sie nicht den mindesten Einfluß nimmt." Die eine Gruppe von Erscheinungen deckt sich praktisch mit dem, was BLEULER als "psychoreaktive Störung" bezeichnet hat, also wenn das Symptom als körperliche Reaktion auf einen psychischen Reiz oder Vorgang verstanden werden kann. In einer zweiten Gruppe wird, nicht wie in der ersten das Symptom wieder "abgeschaltet", wenn der Reiz abgeklungen ist, sondern die psychoreaktiven Störungen "fahren sich ein" und bleiben erhalten. Hier bildet sich offenbar ein Mechanismus nach Art des "bedingten Reflexes" (nach PAWLOW) aus: allerdings findet hier selten eine systematische Einübung statt, sondern vielmehr etwas, das dem aus der Tierpsychologie bekannten "Lernen durch Prägung" (LORENZ) vergleichbar wäre. Es wird oft in Sekundenschnelle eine als Reflex erscheinende Körperreaktion auf einen bedingenden Reiz umgestellt. Es existiert also ein mechanisch ablaufender, vom Bewußtsein nicht gesteuerter, psychischer Verarbeitungsprozeß, dessen Erregungssumme ins Körperliche übersetzt werden kann (HEISS). FREUD hat dafür den Ausdruck "Konversion" ¹⁾ geprägt.

Ein ebenfalls dem Bewußtsein nicht primär zugängiges Phänomen sehen BREUER und FREUD in einer besonderen Art von "Erinnerungen", die sie als "Reminiscenzen" bezeichnen, "unter denen der Hysteriker größtenteils leide". Den Grund für eine nicht mögliche bewußte Erinnerung sieht FREUD in der Verdrängung, der "mühevollen Unterdrückung" dieser gleichwohl nicht uneinprägsamen Ereignisse. Denn solches Geschehen wurde auf dem Wege der affektiven Fixierung, also durch ein schlagartiges, ganz- und gestalthaftes Fixieren, im wesentlichen unwillkürlich erfaßt.

Ein weiterer von FREUD dargestellter psychischer Mechanismus, der auch für die Entstehung hysterischer Symptome von Bedeutung ist, ist die Identifizierung.

1) Konversionssymptome: "Es handelt sich bei ihnen immer um Kompromißbildungen zwischen einer Triebregung und der gegen sie gerichteten Abwehr (P. C. KUIPER, S. 109).

"Auf diesem Wege", so sagt er wörtlich, "bringen es die Kranken zustande, die Erlebnisse einer großen Reihe von Personen, nicht nur die eigenen, in ihren Symptomen auszudrücken, gleichsam für einen ganzen Menschenhaufen zu leiden und alle Rollen eines Schauspiels allein mit ihren persönlichen Mitteln darzustellen." ¹⁾

Die hier skizzenhaft dargestellten allgemeinseelischen Mechanismen (II) ²⁾ wurden z. T. erstmals an hysterischen Patientinnen ³⁾ beobachtet und studiert. Sie bedeuten vom theoretischen Standpunkt aus eine Möglichkeit, die Fülle von Einzelbeobachtungen mit einer Reihe von hypothetisch angenommenen Teilen oder Komponenten der Psyche (I) (Ich, Über-Ich, Es, Zensor etc.) zu verbinden und aus beiden Anteilen den Zusammenhang zwischen den Begriffen und den tatsächlichen Erscheinungen des menschlichen Erlebens und Verhaltens (III) zu systematisieren. Der Begriff der Libido ⁴⁾ (oder psychischen Energie) stellt den Kern des theoretischen Systems der Psychoanalyse dar. Mit Worten aus der Physik der Hydro- bzw. Thermodynamik und der Evolutionstheorie des 19. Jhds. wird der angeblich angeborene Verlauf der frühkindlichen Triebentwicklung und ihre Beziehung zum späteren Erwachsenenverhalten erklärt. ⁵⁾

-
- 1) S. FREUD, Die Traumdeutung Ges. Werke, Bd. II/III, S. 154 f. zit. n. HEISS.
 - 2) Die römischen Zahlen verweisen auf eine Einteilung der psychoanalytischen Theorie in SMYTHIES, Biolog. Psychiatrie, Kap. VI.
 - 3) In einem ausführlichen Beitrag hat REICHARD demonstriert, daß zwei von FREUDS berühmten hysterischen Patientinnen, Anna O. und Emmy v. N. ziemlich sicher an schizophrenen Psychosen litten. Dazu ergänzend berichtet RIGOTTI, daß sich Anna O. bis an ihr Lebensende in einer franz. psychiatrischen Anstalt aufhalten mußte.
 - 4) Von Freud postulierte Energie als Substrat der Umwandlungen des Sexualtriebs im Hinblick auf das Objekt (Verschiebung der Besetzungen), im Hinblick auf das Ziel (z. B. Sublimierung), im Hinblick auf die Quelle der sexuellen Erregung (Vielfalt der erogenen Zonen) (LAPLANCHE, J. u. PONTALIS, J.-P.: Vokabular der Psychoanalyse 1972).
 - 5) "Die Ansicht, daß es die instinktiven Triebe sind, die sich während des Heranwachsens des Kindes entwickeln und verändern, ist ein Kunstprodukt im Bezugssystem des Beobachters... Nicht die Triebe entwickeln sich, sondern die Daseinsform des Ich, durch die die Triebe ihren Ausdruck finden. Die Hypothese beruht auf erkennbaren Ich-Funktionen, die psychologische Begleiter des indifferenten neuralen Planes für die Sicherung des ZNS sind." KARDINER (1966, S. 112).

In modernen Form könnte man die Libidotheorie so formulieren: "Menschliches Verhalten wird durch Hirnmechanismen gesteuert, die im allgemeinen dazu neigen, die Lust so groß wie möglich und die Unlust so gering wie möglich zu gestalten." (SMYTHIES S. 112)

Eine stichwortartige Darstellung psychoanalytischer Gedankengänge rund um das Hysterieproblem soll anhand der umfassenden Ausführungen in der "Psychoanalytischen Neurosenlehre", P. C. KUIPER (1969), gegeben werden:

Phänomenologische Gemeinsamkeit aller Formen: sie wollen mehr erleben und äußern, als sie können und müssen deshalb alles übertreiben; neurotische und psychopathische Varianten sind möglich.

Hysterische Neurose: Hauptsymptome: Konversionserscheinungen, Bewußtseinsstörungen. Begleiterscheinungen: Angst (Angsthysterie) bzw. Phobien (an spezielle Situationen gebundene Angst oder Erwartungsangst); sexuelle Funktionsstörungen (Frigidität und Impotenz); Minderwertigkeits- und Schuldgefühle; Derealisation und Depersonalisation.

Wichtigster ursächlicher Entstehungsfaktor: Fixierung in - oder Regression auf - die phallische Phase, bedingt durch einen ungelösten Oedipuskomplex; meist lassen sich auch schon frühere (vor allem orale) unaufgelöste Komplexe nachweisen, die die Bewältigung der ödipalen Problematik nicht erlauben.

Abwehrmechanismen: Verdrängung, Konversion, Projektion eigener Schuldgefühle auf einen "Sündenbock" (n. ELHARD).

Hysterischer Charakter: theatralisches Verhalten, Unechtheit, Infantilität und Egozentrik (alle mehr oder weniger ausgeprägt und vorherrschend), Hinweis auf den sozio-kulturellen Aspekt der situativen oder habituellen Unechtheit;

Hysterische Neurosen und Charakterneurosen:

a) speziell bei der Frau:

Ursache: neurotische Verarbeitung des Kastrationskomplexes, Penisneid.

Formen: 1. Wunscherfüllungstyp (ABRAHAM) (ich kann alles, was ein Mann kann); 2. Rachetyp (ABRAHAM) a) sie nimmt Rache, weil ihr das fehlt, was der Mann hat: "Vamp", oral-sadistisch, psychopathischer Typ. b) der liebevoll-dominierende Typ, der liebevoll-kastrierende Typ. 3. Der sog. gehemmte Typ (hinter den übertriebenen Hemmungen verbirgt sich alles, was der klassische Hysteriker auslebt). 4. Die Frau, die sich aufgrund ihres Frauseins machtlos und insuffizient fühlt.

Spez. Störungen: Vergewaltigungs- und Prostitutionsphantasien; Schuld- und Insuffizienzgefühle, Derealisation, Depersonalisation.

b) speziell beim Mann:

Ursache: neurotische Verarbeitung eines positiven oder negativen Oedipuskomplexes; Bedeutung der passiv-femininen Bedürfnisse (Masochismus und Homosexualität als Notlösung des positiven Ödipus).

Formen: (psychopathische Varianten sollen häufiger sein); 1. der klassisch-hysterische Typ; a) der phallisch-narzistische Typ (Don Giovanni) b) der Don Giovanni des Erfolgs; 2. der gehemmte Typ; 3. der Neurotiker mit Arbeitsstörungen und Autoritätskonflikten; 4. der masochistische Charakter; 5. der manifest oder verdrängt aktive Homosexuelle; (kommt auch bei anderen Neurosen vor, soll aber hier eine besondere Rolle spielen.)

C. G. JUNG nähert sich dem Thema von seiner Komplextheorie her. Was im akuten Konfliktgeschehen, momentane Ambivalenz, Hemmung, explosiv-zwanghafte Erscheinung ist, bekommt als Komplex einen mehr oder weniger ausgeprägten, habituellen Charakter:

"Wenden wir uns der sog. hysterischen Erkrankung zu, so erscheint auch hier nicht selten und sogar in Form der körperlichen Lähmung die Hemmung. Stärker aber tritt das Kennzeichen der Ambivalenz in Erscheinung. Die hysterische Imitationssucht, der hysterische Wechsel, die eigentümliche und von KRETSCHMER so deutlich beschriebene Form des "doppelten Willens" lassen die ambivalente Struktur erkennen." ¹⁾

JUNG glaubt, in der Hysterie die Neuroseform der Extravertierten zu erkennen.

Aus der "Schule" der Analytischen Psychologie C. G. JUNGs kommend hat Erich NEUMANN in seiner "Ursprungsgeschichte des Bewußtseins" die archetypischen Stadien der Bewußtseinsentwicklung tiefenpsychologisch fundiert aufgezeichnet und nachgewiesen. Er zeigt, daß eine Reihe von Archetypen einen wesentlichen, gesetzmäßig zusammenhängenden Bestandteil der Mythologie bilden. Sie bilden und bedingen in ihrer Aufeinanderfolge die Stufen der Entwicklung des Bewußtseins, und zwar sowohl innerhalb der Menschheit als auch in der ontogenetischen Ich-Entwicklung des Einzelnen. Als "Organe der psychischen Struktur" bestimmen die einzelnen Archetypen die Reifung der Persönlichkeit. Es ist hier nicht der Ort, näher auf NEUMANNs geniales Werk einzugehen; auch nicht auf die von

1) C. G. JUNG: Über psychische Energetik und das Wesen der Träume.

FREUD und der psychoanalytischen Theorie durch Personalisierung ständig mißdeuteten Entwicklungsstufen des "Vatermords", Ödipuskomplexes, deren personalistische Auslegungen eindrucksvoll widerlegt werden.

Wir beschränken uns auf die Darstellung eines Zusammenhangs, der für unser Thema von Bedeutung scheint: Die Differenzierung der Persönlichkeit in die beiden Systeme Bewußtes - Unbewußtes hat eine steigende innerpsychische Spannung zur Folge und produziert damit auch einen anwachsenden Konflikt "zwischen der Lusterfahrung des Ich-Systems und des autonomen Systems des Unbewußten". (a. a. O. S. 276). "Primitive Lust und Unlust" (z. B. die Seligkeit des Säuglings, die keineswegs mit einem starken Ich-Bewußtsein verbunden ist) drückt weitgehend unbewußte Prozesse aus. Die Tatsache, daß das Ich-Bewußtsein nur ein psychisches Teilsystem ist, bietet sich erklärend für die auffällige Beobachtung an, daß bei psychischen Erkrankungen

"die Ich- und Bewußtseinsschädigung und -störung keineswegs eindeutig als unlustvoll erfahren wird. Nur in dem Maße, in dem das Ich zum Persönlichkeitszentrum, zum Persönlichkeitsträger geworden ist, ist seine Lust und Unlust mit der Persönlichkeit identisch. Bei den neurotischen, insbesondere den hysterischen Reaktionen wird oft genug das Versagen des Ich, sein Leiden, von einem "Lust-Lächeln" begleitet, dem Lächeln des siegreichen Unbewußten, könnte man sagen, daß von dem Ich Besitz ergriffen hat".

Und E. NEUMANN fährt fort:

"Das Unheimliche derartiger neurotischen (und mehr noch der psychotischen) Manifestationen, die gewissermaßen einer "Fehlleistung" der Lustpositionen entsprechen, beruht gerade auf der Spaltung, d. h. der Nicht-Identität der Persönlichkeit mit dem Ich" (a. a. O. S. 277).

Wir haben also auch hier, auf tiefenpsychologischer Ebene, wieder das Längsschnittproblem - das Problem der nichtvollendeten Entwicklung, das sich hier als ein Übergewicht speziell des Unbewußten gegenüber dem bewußten Ich-System und somit im Ganzen eine Nichtintegration der Persönlichkeit zeigt.

In ähnlicher Weise haben FOLLIN, CHAZAUD et PILON (1961) anhand der Analyse hysterischer Psychosen (s. a. HOLLENDER & HIRSCH; SACERDOTI) ihre Meinung dahingehend formuliert, daß die hysterische Neurose als "Ausdrucksmittel" einen unterdrückten ödipalen Konflikt verbirgt oder lösen hilft; während sie in der hysterischen Psychose (als Ausdrucksinstrument) einen viel tiefer liegenden Konflikt maskiert sehen, der das Problem der Identität betrifft. Auch WEISS verläßt in seiner Monographie über die Agoraphobie ("Angsthysterie") die klassischen psychoanalytischen Hypothesen und schlägt eine neue Interpretation dieses Syndroms vor: ausgehend vom Blickwinkel der Ich-Psychologie FEDERNS schält er als Hauptfaktor eine Bedrohung der Identität des Ichs heraus.

Dabei muß man natürlich sowohl an "Bedrohung" im Sinne der verhinderten Konstituierung der Identität, als auch an die Wiederauflösung schon erreichter Identität denken.

2.2.4. Klinische Beiträge.

a. Symptomatik:

Die Arbeit von BLUM (1927, Teil des Handbuches für Psychiatrie) stellt an Genauigkeit der Detailbeschreibung Außerordentliches dar. Dadurch jedoch, so scheint uns, wird jegliche Spezifität der Symptome abgeschwächt; mit anderen Worten, man sollte nie außer Acht lassen, daß die hysterischen Symptome nicht nur andere Krankheiten nachahmen können, sondern mindestens ebenso häufig andere Krankheiten sind. Die Differentialdiagnose erstreckt sich von hirn-organischen Störungen aller Art, von Tumoren bis zur E. d. (Encephalomyelitis disseminata) über symptomatische Erscheinungen bei allgemeinen Erkrankungen, (wie hypoglykämische Attacken, hypocalcämisches bis Hyperventilationssyndrom, Tetaniesyndrom, Hypo-, Hyperparathyreoidismus = Costello-Dentsyndrom und das Crampus-Syndrom) bis zu Reaktionen psychopathischer Persönlichkeiten (z. B. das Oblomowismussyndrom (s. a. DIETRICH, H.) und dem Syndrom der Unfall-, Renten- oder Entschädigungsneurosen.

Zweckmäßig lassen sich die als "hysterische Symptome" gewerteten Störungen in vier Gruppen unterteilen:

1. motorische Störungen: Die eindruckvollste der hyperkinetischen Störungen ist der große hysterische Anfall, der von CHARCOT eingehend beschrieben wurde: Er beginnt mit Angstgefühl und Herzklopfen, Globus-Gefühl. Die erste Phase des Anfalls selbst ist ein plötzliches Hinsinken, die Glieder bisweilen in Schreckstarre. Die zweite Phase bringt die großen Bewegungen, Schleudern der Arme, Strampeln, Arc de cercle, zuweilen Koitusbewegungen, Schreien, Schimpfen, theatrale Entblößungen. In der dritten Phase folgen die "attitudes passionelles", halluzinationsartige Zustände der Verzückung oder Ekstase. Manchmal folgt als vierte Phase ein abschließender delirartiger Zustand. Dieser große Anfall ist heute in unseren Breiten nur mehr sehr selten zu beobachten; man sieht jedoch häufiger Kopf-, Bein- oder Körpertremor und Tics aller Art.

Unter den hypokinetischen Formen herrschen außer hysterischen Ohnmachten vor allem Paresen aller Art vor. Sie betreffen nur einzelne Glieder und Muskelgruppen,

oft ohne Rücksicht auf anatomisch-neurologische Gegebenheiten: Paraplegie mit Dys- bzw. Abasie - Astasie, verschiedene Monoplegien (Arme bevorzugt); aber auch Paresen einzelner Muskelgruppen mit Schreikampf, Kontraktion der Kau-muskeln, Torticollis, Bewegungsunfähigkeit vor allem des Knie- und Hüftgelenks.

Motorische Störungen im Bereich der Hirnnerven: Störungen der Sprechmotorik, Dysarthrie - Aphonie; Augenmuskelparesen, Akkomodationsstörungen, Strabismus.

2. Sensible und sensorische Störungen:

Anästhesien und Hyperästhesien (auch Analgesie bzw. Hyperalgie) betreffen erlebnismäßig zusammengehörige Körperbereiche: Kopf (kappenförmig), Hände (Handschuhe, Manschette); Füße und Beine (Socken und Strümpfe), Gesäß und Unterleib (hosenförmig und gürtelförmig); außerdem können allgemeine diffuse oder scharf begrenzte Schmerzen (Clavus) auftreten, die den sensiblen Versorgungsgebieten nicht entsprechen.

Häufigste sensorische Störungen sind die verschiedenen Sehstörungen: konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bis Anopsie (bei erhaltenen physiologischen Reaktionen des Auges); das Sehen von falschen Farben; seltener ein- oder doppel-seitige Taubheit, häufiger Schwerhörigkeit, manchmal auch Geruchs- oder Geschmacksstörungen.

3. Störungen der zentralen Verarbeitung:

a. Wahrnehmungsstörungen: Illusionen, selten Halluzinationen; Dämmerzustände verschiedener Grade, die eine Störung auch des Kurzzeitgedächtnisses mit sich bringen.

b. Gedächtnisstörungen als Folge der häufigen Neigung zur Dissoziation; es können für Zeitabschnitte vollständige Amnesien auftreten; poriomane (Wander-) Zustände, (engl. und franz. "fugue").

c. Die Störungen des Denkens, ähnlich oft den Vorstellungen des Laien vom Schwachsinn (unsinnige Antworten, Puerilismus; Sonderform: GANSER-Syndrom; allerdings treten auch infolge von Merkschwäche, Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen, auch richtige Denkstörungen auf.

d. Störungen des Antriebs- und Gefühlslebens: (ausführlich siehe 2.4.3.).

4. Vegetative Störungen:

Erbrechen, Fieber, Veränderungen der Haut und Schleimhaut (Stigmata), Störungen der Harnentleerung (Retention, Pollakisurie, Inkontinenz) und der

Stuhlentleerung; Genitalblutungen (Pseudomenstruation), hysterische Schwangerschaft. Die Übergänge zu den psychosomatischen Erkrankungen sind fließend; davon Herz-, Kreislauf- und Magen- Darmstörungen zahlenmäßig an der Spitze (DE BOOR 1965).

Die psychogenen Störungen der männlichen und weiblichen Sexualfunktionen entstehen in ihrer Gesamtheit aus denselben Ursachen: Sie erlangen die Bedeutung von Funktionsstörungen, wenn sie aus psychischen Ursachen, zur unrechten Zeit, im unrichtigen Ausmaß und mit erhöhter Leichtigkeit oder Langsamkeit eintreten oder ausbleiben (Impotentia coeundi, Ejaculatio praecox, etc.); Dysmenorrhoe, Schmerzen und Mißempfindungen, Vaginismus und gewisse Formen von Fluor; Frigidität).

b) Unter den nachfolgend referierten kasuistischen und kritischen Arbeiten zu verschiedenen Gesichtspunkten der Hysterie sollen nur die innerhalb der letzten 25 Jahre veröffentlichten berücksichtigt werden.

Katamnestic Untersuchungen.

CANESTRINI & MORENO (1957) untersuchten die neurotische Persönlichkeit (abgegrenzt gegen einfach reaktive Formen und Psychopathien). Sie besprechen die Konversionshysterie: 9 Fälle (alle weiblich und alle mit charakterologischen Merkmalen einer Hysterie von Kindheit an); sie haben zwei verschiedene Verlaufsformen gefunden: eine intermittierende, mit verschiedenen langer Dauer und Zwischenpausen und eine kontinuierliche, mit einer einzigen Phase über Jahre.

ERNST, K. (1959) und ERNST, K. und ERNST, C. (1965) veröffentlichten Studien: 1. über 125 ambulante Fälle von Psychoneurosen (darunter 24 Hysteriker), die nach 18 oder mehr Jahren wieder untersucht wurden; und 2. über 70 Fälle (davon 17 Hysteriker), die nach 20 oder mehr Jahren wieder gesehen wurden. Von den 41 Hysteriefällen (davon nur ein männlicher) litt nach einer Zeit von 20 bis 40 Jahren nach der ersten Episode (meist konvulsive Krise) kein einziger Patient mehr an Hysterie. (5 hatten eine Psychose entwickelt, 3 Suizid verübt, 30 zeigten psychoneurotische Störungen nicht-hysterischer Art und nur 3 befanden sich in gutem psychischem Zustand). GUZE & PERLEY (1963): die Wiederuntersuchung von 25 Hysteriefällen nach 6 - 8 Jahren sollte nachweisen, daß die Hysterie als klinische Kategorie noch valide ist. Sie bejahen das und unterscheiden, wie noch andere amerikanische Autoren, eine Hysterie mit Konversionsreaktion, die nur bei Frauen vorkommen soll (siehe auch ROBINS; PURTELL & COHEN (1952);

bei Männern handle es sich in Wirklichkeit um Renten- oder Entschädigungsneurosen. Auch ZIEGLER, IMBODEN & MEYER (1960) unterscheiden streng Hysterie und Konversionsreaktion. Von 134 Fällen mit Konversionsphänomenen wurden die Hälfte als Hysterie klassifiziert, während hinter den restlichen depressive Formen verborgen waren, außerdem eine beginnende Schizophrenie und eine jugendliche Ich-Identitätsstörung. (s. a. ZIEGLER et al. 1962)

Über den Zusammenhang von Konversionsreaktion und Hysterie:

LEMPERIERE et al. (1965) berichten, über 156 Fälle von Hysterie (darunter 40 Männer), die zwischen 1956 und 1965 aufgenommen worden waren: 78 (= 50 %), ebenso alle 40 Männer wiesen Konversionsformen auf, 38 (= 24,4 %) waren hysterische Persönlichkeiten ohne Konversionssymptome. Interessanterweise boten 64 von den 78 außerdem pathologische Persönlichkeitsmerkmale, vom "histrionischen" oder kindlich-abhängigen Typ. Ebenso fand man bei allen 38 "asymptomatischen" histrionische Persönlichkeitsmerkmale. SCHNEIDER P. B. et al. (1965) berichtet über 597 Fälle (davon 69 Männer) aus der Schweiz, die von 1954 bis 1963 untersucht wurden: die Gruppe war nicht streng ausgesucht, sondern enthielt alle Patienten, in deren Diagnose das Wort "Hysterie" irgendeine Rolle spielte und wurde wie folgt unterteilt: hysterische oder gemischte Neurosen, hysterische Persönlichkeiten, hysterische Reaktionen. Besonders hervorgehoben werden 94 Fälle von hysterischer Neurose (davon 91 Frauen); bei 2/3 von ihnen fand man, zusammen mit der, wie die Autoren es nennen, hysterischen Attitüde (Theatralik, Koketterie, Launenhaftigkeit etc.) eine somatische Symptomatik. Diese Untersuchung knüpft an die von CHODOFF & LYONS (1958) an, die die Frage lösen wollten, ob bei hysterischer Persönlichkeit Konversionsreaktionen häufig sind. Sie untersuchten 17 Fälle von Konversionshysterie: in allen Fällen fanden sie eine anormale Persönlichkeit, die aber nur bei 3 Fällen vom hysterischen Typ war (die zwei einzigen Frauen und ein Mann mit femininer Note). Die AA. schlagen also vor, von "Konversionsreaktion" (die bei allen Persönlichkeitstypen vorkommt) und nicht von "Konversionshysterie" zu sprechen, gegebenenfalls von "hysterischer Persönlichkeit mit Konversionsreaktion".

Untersuchungen über hereditäre Faktoren:

Die Arbeit von LJUNGBERG (1957) ist eine der interessantesten, weil sie statistische Aussagen nicht nur über die Patienten, sondern auch über ihre Familien, Lebensbedingungen und ihre Beziehungen zu anderen Gemütskrankheiten in aufsteigender Linie und in den Kollateralen macht; sie umfaßt 381 Erkrankte, die von 1931 bis 1945 in Stockholm hospitalisiert waren und von denen 340 von LJUNGBERG zwischen 1950 und 1952 wieder untersucht wurden (Von der Untersuchung ausgeschlossen waren hysterische Persönlichkeiten ohne Konversionssymptome). Der Vergleich des Auftretens von Hysterie bei Verwandten ersten Grades der Patienten und bei der Normalbevölkerung spricht sehr wahrscheinlich für eine polygenetische "Vererbung".

Von 8 Zwillingspaaren (1 Mono- und 7 Dizygote) wiesen nur bei dem Monozygotenpaar beide hysterische Reaktionen auf. ¹⁾ Unterschiedlich davon sind die Schlüsse von SLATER (1961), der die ausgedehnteste Studie über Hysterie bei Zwillingen bietet: 12 monozygote und 12 dizygote Paare. Von diesen hatte nur bei einem dizygoten Paar einer der Zwillinge eine hysterische Reaktion oder Angsthysterie geboten und der andere Zwillling gleichen Geschlechts mußte eine solche in erwachsenem Alter gehabt haben. Daraus geht hervor, daß keiner der jeweils gesunden 24 Zwillinge hysterische Phänomene irgend eines Typs geboten hat. Die Konkordanzrate = 0. In Bezug auf die Persönlichkeit (beurteilt nach traditionellen Faktoren) stellt LJUNGBERG bei ungefähr der Hälfte seiner Fälle eine abnorme Persönlichkeit fest, davon aber nur bei 21 % vom hysterischen Typ.

SLATER führte ein neues Kriterium ein: der häufigste und ausgeprägteste Unterschied zwischen der Persönlichkeit des erkrankten und des gesunden Zwillings sei seine größere Neigung zu ängstlichen Reaktionen.

Hereditäre Faktoren im strengen Sinne konnten nirgends nachgewiesen werden.

Die Fallstudie von RIGOTTI & HANAU (1965) an 1033 Fällen, die von 1935 - 1964 in die Neuropsychiatrische Klinik von Bari aufgenommen worden waren, bringt folgende Daten:

1) Unter 187 monozygoten Zwillingspaaren, die LANGE (1929) studierte, figurier- te die Hysterie in 4 Fällen: 2 konkordante und 2 diskordante Fälle.

Allgemeinfrequenz: etwa 5,7 % aller Erkrankten in dieser Zeit. ¹⁾ Die Geschlechterverteilung liegt bei etwa 2 zu 1 (s. a. KRAEPELIN 1915, LJUNGBERG).

Das mittlere Alter des Beginns liegt für Männer bei $29,5 \pm 13$, für Frauen $28 \pm 12,1$, für beide Geschlechter bei $28,5 \pm 12,4$ Jahre. LJUNGBERG: mittleres Alter ca. 28,5; PURTELL, ROBINS & COHEN: ca. 19,1, allerdings handelt es sich hier um 50 nach bestimmten Kriterien ausgewählte hysterische Frauen.

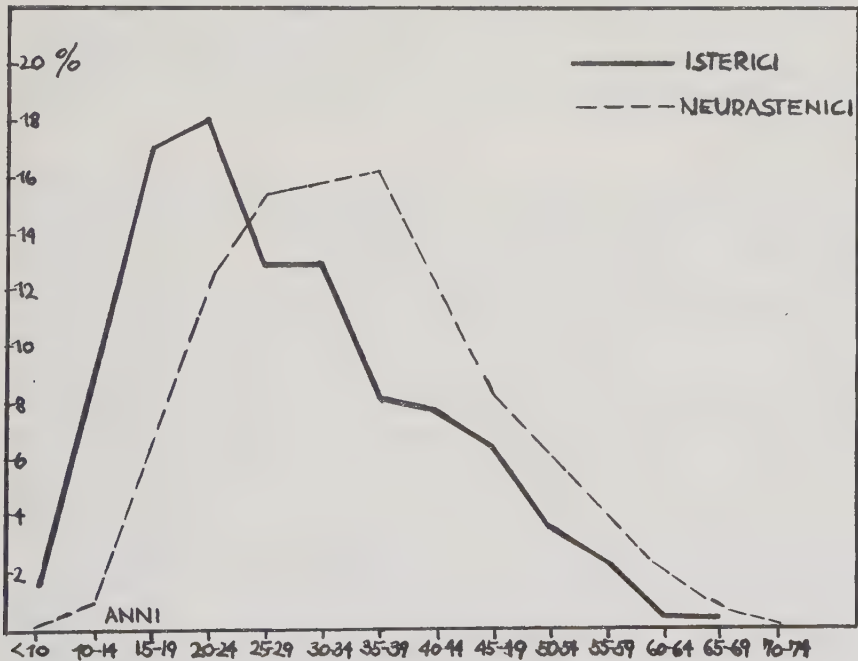


ABB. 3 ALTER BEI BEGINN DER SYMPTOMATOLOGIE VON 1033 FÄLLEN HYSTERISCHER NEUROSEN UND 1408 FÄLLEN VON NEURASTHENIE (1935-64). (RIGOTTI & HANAU S. 110)

1) Man darf nicht glauben, daß die Wichtigkeit der Hysterie in der Medizingeschichte der Frequenz der Erkrankung proportional sei: nach DE MORSIER hat CHARCOT und seine Schule die Hysterie an ganzen 24 Fällen, FREUD an noch wenigeren studiert.

Der Erkrankungsgipfel liegt bei 24 - 24 Jahren (58 % der Patienten sind noch nicht 30 Jahre alt; jenseits des 60. Lebensjahres gibt es praktisch keine Erkrankungen mehr (s. auch SCHNEIDER et coll. 1965).

Die Position des Einzelkindes oder des mit Abstand Letztgeborenen hat Einfluß auf eine verlängerte Periode der Abhängigkeit und begünstigt die Unreife, die man oft bei Hysterischen findet. Statistisch gesehen ist dieser Schluß allerdings stark umstritten. (KRAULIS (1939), BROWN (1942), LJUNGBERG (1957); ZIEGLER, IMBODEN & MEYER (1960), STEPHENS & KAMP (1962)). RIGOTTI & HANAU können immerhin feststellen, daß sich in der genannten Gruppe der prozentuale Anteil der Hysteriker (20,1 %) und der Neurastheniker (22,5 %) nicht signifikant unterscheidet.

Eine abnorme familiäre Situation (Kindheit mit stark affektiven Entbehrungen etc.) beschreiben STEPHENS & KAMP bei 54 %, LEMPERIERE et al. bei 36 %, RIGOTTI & HANAU nur bei 13,3 %.

Die Angaben über das Intelligenz- und Kulturniveau kann man keinen vergleichbaren gegenüberstellen, da die hier erfaßte Bevölkerung aus einer der ärmsten süditalienischen Provinzen (Apulien und Lukanien) mit stark eingeschränkten Ausbildungsmöglichkeiten stammt (z. B. waren 24 % der Männer und 20,8 % der Frauen des Lesens und Schreibens unkundig); im übrigen sind ja solche Angaben generell mit besonderer Sorgfalt auf ihre Verwendbarkeit zu prüfen.

So wie man angeblich die Neurastheniker häufiger beim Internisten findet, sollen die Hysteriker bevorzugt den Chirurgen aufsuchen (RIGOTTI; COHEN et al.) ¹⁾ An erster Stelle der Symptomatik stand in der Klinik von Bari die Cephalaea (PURTELL et al.: 94 %; GUZE & PERLEY: 88 %); dann folgten Aphonie und Dysphagie, Blepharospasmus; Vaginismus und Zyklusstörungen und schließlich funktionelle Beschwerden verschiedenster Art, besonders auf dem Gebiet der Inneren Medizin.

PURTELL et al. haben besonders die sehr häufigen Schmerzsyndrome einer Beobachtung unterzogen (78 % der Fälle: abdominelle Schmerzen, 62 %: Schmerzen in den Extremitäten).

RIGOTTI & HANAU beschreiben die "Anfälle" (63 % der Patienten): 1. den "hypo-

1) "Excessive surgery in hysteria": 42 % der 50 Fälle hatten 4 oder mehr chirurgische Interventionen hinter sich, darunter so ausgedehnte wie Hysterektomie; hingegen nur 4 % in der Kontrollgruppe).

thymen ("ipotimico")) Typ (Bewußtseinsverlust, Bewegungsunfähigkeit, Hypotonie etc.), den sie auch unter die neurovegetativen Störungen einreihen, 60 % der Population und 2. den konvulsiven Typ (nur etwa 30 % der Patienten).

Auch in größerem Zusammenhang betrachtet, läßt sich eine Abnahme der konvulsiven Anfälle und ein Anwachsen der Schmerz- und neurovegetativen Syndrome feststellen (PURTELL et coll, BRIQUET (1859), SAVILL (1909) LJUNGBERG).

RIGOTTI stellt schließlich auch die EEG-Ergebnisse von 352 Patienten dar:
I. Normales EEG, 134(38,1 %), II. EEG mit nicht signifikanten Veränderungen 84 (23,9 %), III. zweifelhafte EEG 75 (21,3 %), IV. veränderte EEG 59 (16,7 %) gegenüber 11,2 % bei der Vergleichsgruppe der Neurastheniker. ¹⁾

Gruppe der Hysteriker.

Spezifizierung der EEG-Veränderungen und ihre Häufigkeit.

Gesamtzahl:	Männer 133	Frauen 219	beide 352
fokale Anomalien	1	6	7
Paroxysmen mit Megimide R	2	3	5
Paroxysmen bei HV	7	5	12
Delta-Aktivität bei HV	-	1	1
Theta-Aktivität bei HV	3	6	9
Theta-Aktivität in Ruhe	4	5	9
"jugendliches" Alpha	8	8	16
	25 (18 %)	34 (15 %)	59 (16,7 %)

Tabelle: Zusammengestellt nach RIGOTTI & HANAU S. 122 (1966). Auffallend ist die relativ häufige Persistenz von Alphawellen "jugendlichen" Typs bei erwachsenen Hysterikerinnen und Hysterikern.

¹⁾ Auch TURINESE & RAVENNA (1962) haben bei Hysterikern einen größeren Prozentsatz an EEG-Veränderungen beobachtet als bei Neurasthenikern.

2.3. Moderne Klassifikationen.

Alle Klassifikationen im englischen Sprachraum - da sie unter psychoanalytischem Einfluß stehen und daher die Unterscheidung in Aktualneurosen und Übertragungsneurosen machen - unterscheiden notwendigerweise eine Konversionshysterie und eine Angsthysterie. Beide Begriffe werden aber auch stark kritisiert. Dies hatte wahrscheinlich Einfluß darauf, daß das Komitee der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft 1952 beauftragt wurde, aus der Klassifikation der Geistes- und Gemütskrankheiten den Begriff "Hysterie" zu eliminieren, und ihn im Kapitel der psychogenen Störungen durch "conversion reaction" und "dissociative reaction" zu ersetzen (wobei der Terminus "dissociative" offensichtlich nichts mit dem Schizophreniekonzept zu tun hat, sondern sich auf einen der Mechanismen zur Konfliktlösung bezieht, bei dem nicht-akzeptierbare Impulse von der bewußten Persönlichkeit isoliert und realisiert werden, ohne daß die Person sich mit sich selbst in Zusammenhang bringt). Weiterhin erscheint in dieser offiziellen Klassifikation auch der Terminus "hysterische Persönlichkeit" nicht mehr (nach CHODOFF & LYONS konnten sich die Komiteemitglieder nicht über die Unterscheidungskriterien einigen). Der größere Teil der amerikanischen AA. neigt dazu, die Konversionshysterie unabhängig von der "histrionic personality" zu sehen. BERBLINGER (1960) hingegen verteidigt die Nützlichkeit einer Unterscheidung in "hysterical" und "histrionic personality": erstere sei, im Gegensatz zur letzteren, die stille oder "silent" Form, die sich mehr der klassischen, somatischen Symptome als Ausdrucksmittel bediene.

Die französisch-sprachigen Psychiater unterscheiden in ihrer Nosographie zwei große Kategorien: die hysterische Neurose (bei der die Symptome durch somatische Manifestationen repräsentiert werden, welche man gewöhnlich Konversionen nennt) und den hysterischen Charakter (der eine besondere Persönlichkeitsstruktur meint.) Einige AA. (wie FOLLIN et al.) fügen noch hysterische Psychosen hinzu, um spezielle Formen zu bezeichnen. Die franz. Autoren vertreten weiterhin die Meinung, daß sich die hysterische Neurose auf der Grundlage eines hysterischen Charakters entwickle (DELAY; KLOTZ; PICHOT; WEIL, et PERSE 1961). LEMPERIERE et al. (1965) beschrieben, wie schon erwähnt, neben einer Konversionshysterie mit sowohl somatischen wie psychischen Manifestationen, eine "asymptomatische" (d. h. ohne solche Manifestationen) hysterische Persönlichkeit.

Unter den modernen italienischen Klassifikationen ist die von BINI & BAZZI (1954)

sicher die vollständigste. Sie unterscheiden: 1. die psychogenen Reaktionen, unterteilt in "immediate" (nach Schrecken etc.) und "nicht-immediate" oder "epithimische" ("epithymische"); 2. die hysterische Neurose, die sowohl somatische wie psychische Symptomatologie aufweisen kann; 3. die psychopathische Persönlichkeit der hysterischen Gruppe, die zwei Variationen enthält: a) die eigentliche sog. hysterische Persönlichkeit (die mit dem Bild des "geltungssüchtigen Psychopathen" korrespondiert und sich auch "epithymischer" Mechanismen bedient) und b) die "histrionische" (istrionica) Persönlichkeit, die sich bevorzugt der Simulation und Intrige bedient.

Dieser Klassifikation kommen auch CANESTRINI & MORENO (1957) ziemlich nahe; sie bestreiten allerdings die Existenz von Psychoneurosen im allgemeinen und unterscheiden deshalb nur zwei Kategorien: hysterische Reaktionen und die neurotische hysterische Persönlichkeit (s. a. CATALANO - NOBILI & CERQUETTELLI (1953), die in einer Monographie über die psychopathischen Persönlichkeiten eine ausführliche Abhandlung des hysterischen Charakters und der "personalità istrionica" darbieten. DE MARTIS & BRUSA (1960) befassen sich in einer Monographie besonders mit den psychogenen Reaktionen; sie bringen unter anderem folgende interessante Einteilung der verschiedenen Modalitäten, in denen sich die hysterische Reaktivität manifestieren kann (und beschreiben damit auch die psychogenen Veränderungen des Bewußtseins (Dämmerzustände, Stupor und Delir)): das GANSER-Syndrom, die psychogene Amnesie, die psychogenen Ekstasen, die negativistischen psychogenen Reaktionen und das "Faxen-Syndrom" von BLEULER. RUBINO & PIRRO (1950) sehen in der hysterischen Persönlichkeit, den somatischen hysterischen Symptomen und hysterischen Psychosen nur die verschieden intensiven Ausprägungen ein und derselben Grundstörung. Für sie ist deshalb nur eine einzige semeiologische Unterscheidung von Bedeutung, nämlich in hyperkinetische und die in hypokinetische Formen.

Die Einteilungen der deutschen Psychiater zeigen mehr oder weniger die Neigung den Terminus "hysterisch" durch "psychogen" zu ersetzen, und die neurotischen Formen entweder unter die abnorme Persönlichkeit (der spezielle Fall der Hysterie soll teilweise unter die "Geltungsbedürftigen" fallen) oder die psychogenen Reaktionen einzureihen. Aber auch weitere Differenzierungsversuche, besonders im pathogenetischen Bereich, kann man finden. SCHNEIDER K. (1923) und später KRANZ unterscheiden eine Reflexhysterie, eine Ausdruckshysterie und eine Organhysterie; KRETSCHMER nennt eine "soziale" Hysterie (traumatische- und Kriegsformen) und eine "endogenere" Hysterie (psychogene Ursachen,

individuelle Konstitution). Unter den deutsch-sprachigen Autoren hatte schon 1934 SLOTOPOLSKY-DUKOR die Annahme einer einheitlichen Krankheit kritisiert; er beschreibt wenigstens drei unterschiedliche Formen: die hysterische Reaktion, Psychopathie und Neurose. Er führt aus, daß zur hysterischen Reaktion keinerlei Prädisposition nötig wäre, zur Neurose jedoch eine Koexistenz von traumatischen Erfahrungen und konstitutionellen Faktoren vorhanden sein müßte; letztere allein determinierten eine hysterische Psychopathie.

Die internationale Klassifikation psychiatrischer Krankheiten der WHO unterscheidet

1. "Die hysterische Neurose" (Diagnose Nr. 300.1)

"Bei diesen Neurosen erzeugen Motive, deren sich der Patient nicht bewußt zu sein scheint, entweder eine Einengung des Bewußtseinsfeldes oder motorische, sensorische oder vegetative Funktionsstörungen, die einen psychologischen Vorteil (Krankheitsgewinn) oder eine symbolische Bedeutung zu haben scheinen."

Diese Neurose kann durch Konversionssymptome (z. B. Lähmung, Tremor und Anfälle) oder durch hysterische Dämmerzustände (Einengung des Bewußtseinsfeldes mit unbewußtem Zweck, im allgemeinen begleitet oder gefolgt von einer selektiven Amnesie) charakterisiert sein. Dramatische, aber im Wesen oberflächliche Persönlichkeitsveränderungen, z. B. in Form eines dranghaften Weglaufens sind möglich.

"Im Verhalten kann der Patient eine Psychose nachahmen, oder besser gesagt seine Vorstellung von einer Psychose. Dazugehörige Begriffe: Entschädigungsneurose, Konversionshysterie, Dämmerzustand (dissociative reaction or state), alternierende Bewußtseinszustände, funktionelle Lähmung, funktionelle Astasie und -Abasie; hysterisches GANSER-Syndrom, Pseudodemenz, nicht näher bezeichnete Hysterie, hysterische Symptome, psychogene Anfälle, Pithiatism.

Auszuschließen: Körperliche Störungen wahrscheinlich psychischen Ursprungs (305), vorübergehende, kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen in Zusammenhang stehen (307), hysterische Persönlichkeit (301.5)".

2. Die hysterische Persönlichkeit (Diagnose Nr. 301.5)

"Eine Persönlichkeitsstörung mit oberflächlicher und labiler Affektivität, Abhängigkeit von anderen, sehnüchtigem Verlangen nach Anerkennung, Suggestibilität und theatralischem Verhalten. Oft besteht sexuelle Unreife, z. B. Frigidität oder übermäßiges Ansprechen auf Stimuli. Unter Streß können sich hysterische Symptome (Neurose) entwickeln.

Dazu gehörige Begriffe: labile Persönlichkeit, psychisch infantile Persönlichkeit, histrionic personality.

Auszuschließen: hysterische Neurose."

2.4. Spezielle "Krankheitsbeschreibung".

Im folgenden soll nicht eine klassische Nosographie in gewohnter Manier aufgerollt werden. Vielmehr wird die Informationssammlung zu einzelnen Phänomenen (deren verbindendes Element das Epitheton "hysterisch" bzw. "Hysterie" ist) von selbst zeigen, ob sich eine solche systematische Krankheitseinheit konstituiert.

2.4.1. Die hysterische Reaktion.

Ansatz für eine klare Beschreibung dieses Phänomens scheint uns erst gegeben, wenn deutlich gemacht wird, daß vorerst damit nicht die "Konversion bzw. Konversionsreaktion" (FREUD) gemeint ist. Dieser ursprünglich psychoanalytische Begriff bezeichnet den Umschlag seelischer Vorgänge ins Somatische, die Verwandlung unerträglicher, aus dem Bewußtsein verdrängter Vorstellungen in körperliche Symptome (die psychoanalytische Theorie interpretiert die Konversionsreaktion als Versuch der Lösung eines seelischen Konfliktes im körperlichen Bereich und schreibt ihr eine symbolische Funktion zu).

RANGELL (1959) hat den Konversionsbegriff erheblich erweitert und vor allem den Konversionsprozess vom Hysterieyndrom abgetrennt. Die hysterische Konversion stellt seiner Ansicht nach nur einen Spezialfall dar, da sie inhaltlich ödipalen Konflikten Ausdruck gebe. RANGELL findet sich durch die Untersuchungsbefunde von CHODOFF & LYONS (1958) bestätigt, die keine Korrelation zwischen Konversionsreaktion und hysterischer Persönlichkeit fanden.

Die Konversionsreaktion ist also ein unspezifischer Abwehrmechanismus, z. B. gegen Angst, und daher nicht pathognomonisch für die Hysterie. Die "hysterische" Konversion kann man also nur als einen Sonderfall jenes Somatisierungsprozesses sehen, der die Grundlage der Pathologie jeglicher psychosomatischer Konversion bildet (VALABREGA). ¹⁾

ZIEGLER et al. (1962) sehen in der Konversion einen Verteidigungsmechanismus für Situationen, die das ICH bedrohen: 1. bei Identitätsschwierigkeiten in der Adoleszenz, 2. in depressiven Zuständen, 3. bei drohender Desorganisation z. B. durch Schizophrenie. Das bedeutet auch, daß die Konversionsreaktion nicht

-
- 1) WALTERS 1961 stellte unter 430 Fällen mit psychogenem lokalisiertem Schmerz, als Ausdruck eines Konversionsprozesses, nur in 28 Fällen die Diagnose Hysterie. Außerdem bezweifelt er grundsätzlich, daß der Konversionsmechanismus für alle Typen von psychogenem Schmerz von Bedeutung ist.

unbedingt eine Transformation von Energie (im Sinne der psychoanalytischen Theorie) sein muß, sondern, daß sie anstelle einer besseren Ausdrucksmöglichkeit stehen kann.

Die hysterische Reaktion ist eine Reaktionsform, deren bei genügend großer seelischer Belastung jeder Mensch fähig ist; das betrifft besonders die hysterische Reaktion als einzelnes, einmaliges Ereignis. Ihre Modalität besteht in jenem schon dargestellten Zurückgreifen auf instinkthafes Verhalten, jenes "gebrauchsfertige Erbgut von Verhaltensweisen" (BÜHLER) zum Schutz in bedrohlichen Situationen. Unter bestimmten Bedingungen kann eine Gewöhnung ¹⁾ an solches Verhalten eintreten, das dann quasi reflektorisch auf bestimmte Reize hin "eingeschaltet" werden kann. KRETSCHMER hat sein Augenmerk nicht nur auf die biologische (s. a. 2.2.1.) sondern auch auf die psychologische Entwicklungskurve der einzelnen Persönlichkeit und ihre Beziehungen zur hysterischen Reaktion gerichtet (deren Häufung vor allem in der Pubertät und der sie umgebenden Zeit allgemein nicht umstritten ist). Die psychischen Korrelate der Pubertätsreife lassen sich nicht als eine einzige, sondern eine ganze Reihe von einzelnen Entwicklungslinien begreifen. Dabei ist ein asynchroner Ablauf des puberalen Instinktwandels ²⁾ oder seine zeitliche Verlängerung oder dauernde Persistenz möglich, deren Ursachen sicher nicht nur im biologischen sondern auch im soziologischen Umfeld zu finden sind. Diese Asynchronie läßt uns einen großen Teil der dann erfolgten und gezeigten hysterischen Reaktionen als krisenhafte Instinktabwehr unausgereifter, (richtiger: teilausgereifter) "Fähigkeiten" verstehen; eine Abwehr der Leistungsanforderungen, die an die Gesamtpersönlichkeit und speziell an die Sexualkonstitution gestellt werden und denen die Individuen lebenszeitlich noch nicht gewachsen sind. Selbstwertprobleme sind davon keineswegs unabhängig. Zwiespältigkeit und Unsicherheit in den grundlegenden Triebstrukturen und die daraus entspringenden Mißerfolge, Enttäuschungen und Entmutigungen in der Bewältigung der vitalsten Lebensaufgaben und des soziologischen Kontakts "verhindern eine ausgeglichene Selbstwerthaltung. "Insuffizienzgefühle, wechselnd mit überreizter Selbstbetonung und ungeschickten sthenischen Anläufen",

1) Die drei Stufen der Gewöhnung sind: 1. die Schaltung eines Gelegenheitsapparates für einen sinnvollen Zweck, 2. das Einschleifen dieses Gelegenheitsapparates mit zunehmender Automatie des Vorgangs, 3. die Emanzipation der Vorgänge vom Willen (HARING u. LEICKERT, 1968, S. 299).

2) n. KRETSCHMER: Abbau des Eltern-Kindverhältnisses und reziproker Aufbau des Sexualtriebes und eines unabhängigen Selbstverständnisses (s. a. K. HEYMANN, Hrsg.: Infantilismus S. 83) in dreiphasigem Verlauf.

müssen auf diesem schwankenden Untergrund zwangsläufig entstehen.
(KRETSCHMER, 1948, S. 58)

Nach KRETSCHMERs Aussagen über die mehr "endogenen" Faktoren (biologischer Reaktionsmodus und seine Beziehungen zur Entwicklungspsychologie) sollen nun im folgenden die Betrachtungen PETRILOWITSCHs (1956 1. Teil) zu den mehr "exogenen" Beeinflussungen (soziologischer, kultureller und "epochaler" Hinsicht) gestreift werden. Er stellt fest, daß "der Begriff der hysterischen Reaktion ausschließlich als ein medizinhistorischer Begriff eine Existenzberechtigung habe." Das heutige psychopathologische Äquivalent, die "starktendenziöse, psychogene Reaktion", wird zu der am anderen Ende der Skala stehenden "psychogenen Reaktion ohne augenfällige Zwecktendenz" in polare Beziehung gesetzt. Damit ist der variierbare Bereich zwischen der vorwiegend "final-psychogenen" (FEYERABEND) und der "kausal-psychogenen" Reaktion abgesteckt. Die Wahl der einzelnen Komponenten der Reaktion - also die Position, die sie in einem Polaritätsprofil einnimmt - wird von innerpersönlichen, und in einem häufig unterschätzten Maß, von außerpersönlichen Faktoren beeinflusst.

Die psychogene Reaktion, als Ausdruck persönlichen Versagens, teilt PETRILOWITSCH in a) Versagenszustände vom akuten Verlaufstypus (= Darstellungsform) und b) solche vom chronischen Verlaufstyp (= Intimform, die einen mißlungenen Anpassungsversuch an ungünstige Bedingungen darstellt).

Das Zustandekommen der psychogenen Reaktion beeinflussen u. a.: die Affizierung besonders empfindlicher "Gefühlsreservate"; situative Elemente (Ungewißheit, besonders schnell herannahende Gefahren etc.); Not und Bedrohung (von Lebenswerten wie Gesundheit, Liebe, berufliche Stellung u. a.); die sehr variable Intensität der inneren Krankheitsbereitschaft; arbeitssoziologische Momente (schlechte Arbeitsbedingungen, Flucht vor unbefriedigender Tätigkeit) und andere Traumata, die dauernd den vollen Einsatz und die Aufmerksamkeit des Individuums verlangen und allmählich eine zentrale Stellung in seinem Erleben einnehmen.

Die Ursachen für den Gestaltwandel "von den Darstellungsformen zu den Intimformen (v. BAEYER)" sind vor allem in den Einflüssen zu suchen, die aus dem sozialen Bereich auf das Individuum einwirken. Einmal ist es die uniformierende und integrierende Massengesellschaft, die den Spielraum des Individuums einschränkt; dann prägt die "passive Anpassung als erfolgsversprechendes Mittel der Wahl im Existenzkampf" die Haltung gegenüber Schwierigkeiten. Außerdem bringt die "Zeitkrankheit der Vielbeschäftigung" eine Diskontinuität und Zusammenhang-

losigkeit auch des Erlebens mit sich und "drängt den Menschen in ein Oberflächen-dasein ab." Der aber wohl entscheidende Einfluß auf den Formenwandel der psychogenen Reaktion geht aus von dem - von Vermassung und Time-is-money gleichermaßen abhängigen - Wegfall des Mitgefühls aus dem individuell-persönlichen Bereich. Die klassische hysterische Reaktion hat das Merkmal des Darstellungsdranges nicht als Selbstzweck, sondern appelliert an das Gefühl des anderen und rechnet mit "mitleidvollen Beachtungsakten"; die Intimformen manövrieren lieber mit der gegen Behörden und Institutionen wirkungsvolleren "lautlosen Zielstrebigkeit". Gelenkt wird diese vom Ingsesamt der Einflüsse, dem "sozialen Erlebnisgrund", der das Wissen um den Aufbau der sozialen Bezugssysteme vermittelt hat und der auf die Reaktionsweisen in diesem Sinne modulierend und angleichend eingewirkt hat. Zur Realisierung, d. h. zur quasi-automatischen Auslösung einer zweckentsprechenden Reaktion, ergibt sich eine "schier unentwirrbare Mannigfaltigkeit an "hysterischen Reaktionen"", deren "Tendenziösität" vom bewußten Intendieren bis zum fast unbewußten, "strukturellen" Wissen um die erfolgreichen Möglichkeiten variiert.

Hiermit sind wir wieder an der Nahtstelle zwischen der hysterischen und der psychogenen Reaktion angelangt und meinen mit PETRILOWITSCH, daß eine Abgrenzung nicht zu rechtfertigen ist ¹⁾. "Das Moment der Absichtlichkeit, des Krankheitswunsches, das so oft ins Feld geführt wird, ist keineswegs spezifisch "hysterisch" (a. a. O. S. 176). "Denn jede psychogene Reaktion will etwas ausdrücken und zu verstehen geben. Die möglicherweise hinzukommende, ausgesprochene Darstellungstendenz kann schon beim gleichen Individuum verschiedenen Anlässen erheblich variieren. Vor allem aber lenkt der (wenn man so will) "Zeitgeist", besser der "soziale Erlebnisuntergrund", wenn er "darstellungsempfänglich" ist, die Auswahl der psychogenen Reaktionskomponenten mehr zum Pol der klassischen hysterischen Reaktion hin, oder entsprechend umgekehrt.

So kommt es, daß sich die "hysterische Reaktion" allmählich in die "abnorme" Erlebnisreaktion von K. SCHNEIDER auflöst. Das schließt allerdings nicht aus, daß unter den von KRETSCHMER beschriebenen Bedingungen eine solche Reaktion mit einem ganz bestimmten Mechanismus ablaufen kann.

1) "Die Übergänge von unbewußter Krankheitsaffinität über halbbewußte Krankheitstendenzen, uneingestandene Krankheitswünsche bis zur aggraviorischen Übertreibung sind derart fließend, daß ein Kriterium, nach dem man der "hysterischen" Reaktion einen bestimmten Abschnitt zuweisen könnte, nicht sichtbar ist." (a. a. O. S. 179)

2.4.2. Die sog. Angsthysterie.

"Von FREUD eingeführter Ausdruck, um eine Neurose, deren zentrales Symptom die Phobie ist, von anderen Formen zu unterscheiden und ihre strukturelle Ähnlichkeit mit der Konversionshysterie zu betonen." (LAPLANCHE-PONTALIS S. 65) ¹⁾ Unterschieden wird sie von der "Angstneurose" wie folgt:

Bei der Angsthysterie wird die "durch die Verdrängung entbundene Libido nämlich nicht konvertiert (...) sondern als Angst frei". (GW, VII, 349) Bei der Bildung von phobischen Symptomen liegt eine "... von Anfang an fortgesetzte psychische Arbeit zugrunde, um die freigewordene Angst wieder psychisch zu binden". (GW, VII, 350) Die Angsthysterie entwickelt sich immer mehr zur "Phobie" (FREUD, GW, VII, 350).

Im Unterschied zu den meisten kontinentaleuropäischen Psychiatern machen die englischsprachigen, vor allem die amerikanischen Autoren, eine Unterscheidung in Konversionshysterie und Angsthysterie: (u. a. WEISS, 1950, 1964; HELENE DEUTSCH, die der psychoanalytischen Lehre verpflichtet sind), aber auch andere (CULPIN u. SMITH (1934), CATTELL (1946), HADFIELD (1920), EYSENCK (1950)) schreiben solchen angsthysterischen Patienten spezielle Charakteristika zu.

1951 wurde der Begriff "anxiety-hysteria" in der offiziellen Klassifikation der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft durch den Begriff "phobic state" ersetzt.

BELLONI (1964), BINI u. BAZZI, DIETRICH halten die Angst und die Mechanismen ihrer Abwehr für den Kern der Neurasthenie.

Die Gesamtheit der kritischen Betrachtungen nimmt gegenüber dem Begriff "Angsthysterie" eine negative Haltung ein, weil er sich auf ein Symptom - die Phobie - gründet, welches mehreren Neurosenformen gemeinsam ist und deshalb für eine einzelne Form keinen pathognomonischen Wert besitzt.

1) Der Ausdruck wurde nach einem Vorschlag von FREUD durch W. STEKEL in "Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung" (1908) in die psychoanalytische Literatur eingeführt. In den ersten beiden Ausgaben unterscheidet STEKEL, mit Blick auf seinen Meister noch eine somatogene "Angstneurose" und eine psychogene "Angsthysterie"; in der 3. Aufl. 1921 leugnet er jedoch die Existenz von Aktualneurosen und benennt alle Angstformen "Angsthysterie" (n. RIGOTTI)

2.4.3. Die sog. hysterische Persönlichkeit (oder Struktur).

Als Charakterstruktur ¹⁾ bezeichnen wir das Ergebnis genetischer, entwicklungsbedingter und soziologischer Interaktionen. Sie ist relativ beständig und ermöglicht es dem Individuum, sich gegenüber seiner inneren psychischen und seiner äußeren Realität in bestimmter "habituellem" Weise zu verhalten. (DE BOOR)

Es fällt auf, daß sich in der nicht zu überblickenden Menge von Publikationen zu diesem Thema die Mehrzahl mit der Schilderung der phänomenal gegebenen Einzelzüge des "hysterischen Menschen" befassen. Nur relativ selten wurde versucht, die hysterischen Charaktereigenschaften in ihren Zusammenhängen nach der strukturellen Seite hin zu ergründen. Beim Studium dieser Literatur vermißt man, mit K. SCHNEIDER, kaum einen Zug, "der der Umwelt unangenehm zu sein pflegt."

Zu Beginn des Jahrhunderts (1901) war JANET der einzige, der sich außer um die neurologischen und symbolischen Symptome der Hysteriker auch um das Studium ihres Charakters kümmerte.

Die Psychoanalytische Theorie führt als "Mechanismen" zur Charakterbildung am häufigsten die "Reaktionsbildung" und die "Sublimierung" an. Diese beiden anti-ethischen Abwehrmechanismen sollen die permanente Verwandlung der Persönlichkeit gewährleisten. Für die psychoanalytische Theorie stellen die Beziehungen zwischen den hysterischen Symptomen und dem hysterischen Charakter kein Problem, weil sie beide Ergebnis eines Verdrängungsprozesses und von Abwehrmechanismen gegen die Angst sind.

In der klassischen Psychiatrie hingegen zeigen sich zwei verschiedene Strömungen: die einen versichern, daß die Charakteristika der hysterischen Persönlichkeiten die Ausprägung hysterischer Symptome bedingen; die anderen behaupten jedoch, daß, im Gegenteil, somatische hysterische Symptome bei Individuen mit hysterischer Persönlichkeit extrem selten sind und betrachten somit hysterische Symptome und hysterische Persönlichkeit als verschiedene psychopathologische Kategorien. _____

1) zu Charakter: ALLPORT vertritt die Auffassung, daß im Englischen das Wort "character" zu sehr auf den ethischen Charakterbegriff festgelegt sei; er und andere amerikanische Charakterologen verwenden deshalb den neutralen Ausdruck "personality" statt "character". Auch in der für diese Arbeit relevanten englischsprachigen Literatur findet das Wort "personality" im Sinne des deutschen Charakter oder Struktur häufiger Verwendung.

Zu Struktur: "die Struktur ist die Substanz, Kraft deren und an der sich die psychischen Phänomene vollziehen" (WELLEK, S. 15).

Mit dem Fortschreiten der Untersuchungen und der Veränderung der kulturellen Bedingungen kam man zu anderen Charakteristiken dieser Patienten: Einige Autoren (u. a. die psychoanalytisch Orientierten, wie WITTELS, REICH, CHODOFF & LYONS, EASSER & LESSER, DE BOOR, WISDOM) umrissen eine hysterische Persönlichkeit, einen "desintegrierten" Charakter (BERLUCCHI). Für andere (vor allem KRETSCHMER, K. SCHNEIDER) ergab sich eine zu verschiedenartige Ansammlung von Charakterzügen, um daraus einen bestimmten Persönlichkeits-typ zu konstituieren; andere (BINI & BAZZI) unterscheiden zwei Persönlichkeits-typen, die hysterische und die schauspielerhafte ("istrionica") Persönlichkeit; wieder andere (DELAY, CANESTRINI & MORENO, SCHNEIDER P. B. et coll) akzeptieren eine hysterische Persönlichkeit, bestehen aber auf einer Unterscheidung zwischen dieser und einer psychopathischen Persönlichkeit.

Die von 1924 - 1954 in der Literatur als charakteristisch beschriebenen Persönlichkeitszüge, die von CHODOFF & LYONS (1958) in verschiedene Gruppen zusammengefaßt wurden, kann man folgendermaßen resümieren: 1) egocentric, vain, self-indulgent; 2) exhibitionistic, dramatic, exaggerating, lying; 3) emotionally labile, excitable, capricious; 4) emotionally shallow, fraudulent affects; 5) sexually provocative, coquettish, fearful of sex; 6) sexually frigid; Außerdem besteht eine Neigung zu starker Abhängigkeit und stark forderndem Verhalten in den interpersonalen Beziehungen und in Bezug auf die Umwelt. ¹⁾

Des weiteren werden der hysterischen Persönlichkeit zugeschrieben: übersteigertes Geltungsbedürfnis (K. SCHNEIDER, 1971, 9. Aufl.), mehr-scheinen-zu-wollen als man ist (JASPERS), ein Hang zum Außerordentlichen (L. SCHOLZ), die Sprunghaftigkeit des sog. "Hysterischen Willens" (KRAEPELIN), ein "seltsames Gemisch von Kühle und Überschwang des Empfindens" (ASCHAFFENBURG), eine übermäßige Triebhaftigkeit der Willensäußerung (GAUPP), Lenksamkeit (HELLPACH); MICHEL weist auf die außerordentliche "energetische Mächtigkeit" und die "Hyperphantasie" hin, was für die Konzeption von C. G. JUNG (1946) zu sprechen scheint, der in der Hysterie die Neuroseform der Extravertierten sieht.

PETRILOWITSCH (1956, 2. Teil), der der Meinung ist, daß es keine spezifisch hysterische, sondern nur eine psychogene Reaktion mit wechselndem Bild gibt, hält es außerdem nicht für sinnvoll, das Insgesamt dieser Reaktionsweisen oder auch nur einen Teil davon so zu benennen. Der Begriff des "hysterischen

1) Trotzdem wurde 1952 vom Komitee der amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft beschlossen, den Begriff hysterische Persönlichkeit abzuschaffen.

Charakters" ist ebenfalls nicht haltbar, da der charakterogene "Hysteriker" (der Geltungsüchtige von K. SCHNEIDER) keine signifikanten Beziehungen zu psychogenen Reaktionsformen zeige. Wie wenig klar die Problematik des Hysterikers noch ist, beweise die teils spöttische und teils verabscheuende Haltung ihm gegenüber; eine solche Haltung schwinde angeblich für gewöhnlich, sobald man den wesentlichen Zusammenhängen psychopathologischer Begriffe auf den Grund komme.

PETRILOWITSCH versucht nun diese divergierenden Züge des "Hysterikers" auf zentrale charakterologische Bereiche zurückzuführen. Man kann mit ihm feststellen, daß der "Hysteriker" über eine hervorstechende Beweglichkeit der Affektivität verfügt. Bei Zugrundelegung der von KRUEGER und WELLEK dargelegten polaren Beziehung zwischen Intensität und Tiefe muß man annehmen, daß das Gefühlsleben des "Hysterikers" mehr eine Ausprägung nach dem Pol der Intensität hin genommen hat, welcher zugleich auch als Pol der Diskontinuität beschrieben wird (WELLEK). Dies legt den Vergleich mit den kindlich-unausgereiften Formen des Gefühlslebens nahe, dessen Besonderheit ja die schnelle und lebhafte Entfaltung, der flüssig-spielerische Affektablauf ohne die Verankerung in einen noch unentwickelten "Persönlichkeitskern" ist. Dieses Mißverhältnis zwischen Intensität und Tiefe gilt für die übrigen Persönlichkeitsbereiche im gleichen Maß. Im Bereich des Willens können wir KRETSCHMERS Ausführungen über den Kampf der "zwei Willen", genauer die starke Heftigkeit und Durchschlagkraft, aber Ungerichtetheit des einen - im jetzigen Kontext als "Zweckschwäche" nicht aber als Willensschwäche interpretieren.

Auf dem Gebiet des Denkens findet sich, so meint PETRILOWITSCH an überdurchschnittlich intelligenten "Hysterikern" feststellen zu können, eine bemerkenswerte Leichtigkeit und Beweglichkeit der Denkäußerungen und Brillanz der Formulierungen, im Gegensatz zu einer nur mangelhaft ausgebildeten Fähigkeit "tiefsinnig" zu denken. ¹⁾ Weiter unten werden wir uns noch einmal mit der Struktur des hier besprochenen Denkens zu befassen haben.

1) Es würde sicher Mißverständnissen vorbeugen, wenn man klären könnte, in wie weit der Antagonismus zwischen "Intensität" und "Tiefe" bei Betrachtung der Teilstruktur des Denkens - also hier die Betonung der geschmeidigen Eloquenz gegenüber der Vernachlässigung des "tiefsinnigen Denkens" - durch die Verwendung des mehrdeutigen deutschen Begriffs "Tiefsinn", dem Autor unversehens zur wertenden Unterscheidung von Form und Inhalt gerät. Das betrifft besonders seine Betrachtungen über den "hysterischen Wissenschaftler".

Der gleiche Antagonismus prägt die "hysterischen Interessen"; wobei wiederum auf der Intensitätsseite die Vielfalt der wechselnden Haltungen, Formen, die Plastizität und Modulierbarkeit im Vordergrund steht, im Gegensatz zu einer "folgeschweren Selbstbesinnung", und auch hier wiederum auf den "infantilen Rest" und auf die Unreife des Persönlichkeitskerns verwiesen wird. ¹⁾

SLOTOPOLSKY-DUKOR (1934) beschreibt den kindlichen Typ oder besser einige Aspekte des kindlichen Typs, als gemeinsames Kriterium, sowohl für den hysterischen Charakter, wie für die "hysterischen Reaktionen". RIGOTTI & HANAU fanden unter ihren Patienten, ein kleiner Teil ausgenommen, Zeichen der Unreife, die bis zum echten Psycho-Infantilismus reichten und manchmal von physischer Unreife begleitet war (welche man am leichtesten bei jungen Frauen nachweisen konnte, bei denen man eine noch jugendliche Orientierung des Endokriniums fand).

Psychoinfantilismus ist die Persistenz kindlichen Geistesgepräges im Erwachsenen. Auch LINDBERG will so viele der Züge verstanden wissen, die diese Kranken aufweisen:

"characterised primarily by a strong suggestibility and distractibility in the sense of JANET. The most important traits are social restlessness with inconsistency and capriciousness of judgements and emotions, swift changes in the kind of tendency of activity, impulsiveness, impressionability and changeableness "chameleonreaction" (i. e. proneness, to be strongly influenced by changes of environment) fleeting enthusiasm, vivid imagination and uncertainty with regard to the ego-experience with (secondary) egocentricity, often expressed with verbalistic eloquence and dramatic talent." (LINDBERG, 1962, S. 223).

All diese Züge, Indizien für eine inkomplette Entwicklung des gesamten Individuums weisen jedoch nicht die erforderliche feste Gestalt, Ausprägung und dauernde Präsenz auf, um von einer psychopathischen Persönlichkeit zu sprechen. Ihre Ausprägung außerhalb der Krankheitsepisoden erreicht nicht solche Grade, daß man sie als anormal betrachten könnte.

Diese Unreife, sei es im psychoaffektiven, sei es im somatischen Bereich, ist

1) Die wortreiche Beschreibung dieses charakterologischen Extremtyps, wie PETRILOWITSCH selbst sagt, schließt mit einem neuen Namen: "Geltungs-süchtige Thymopathen", als eine Sonderform der Gruppe der "Geltungssüchtigen Psychopathen". Sie unterscheiden sich von den übrigen Geltungsbedürftigen durch den "suchtartigen Charakter" ihres Geltungsdrangs. Es erhebt sich allerdings die Frage, ob man dieses wirklich vielschichtige Problem auf diese Weise quasi im Handstreich mit Hilfe charakterologisch-psychopathologischer Nomenklatur befriedigend lösen kann.

das gemeinsame Element mit jenen weniger zahlreichen Fällen, bei denen Persistenz und Umfang der charakterologischen Züge so ausgeprägt sind, daß sie eine "hysterische Persönlichkeit" zeichnen, obwohl jeder einzelne Zug für sich qualitativ nicht als pathologisch gelten kann, das Verhalten im ganzen sich aber "abweichend" darstellt. Diese Personen (nach LINDBERGs Erfahrung alle weiblich und überwiegend auf gutem kulturellem Niveau stehend) zeigen in den beschwerlicheren und schmerzlichen Situationen ihrer Existenz konstante Manifestationen abnormen Verhaltens; dies ist häufig von neurovegetativen Regulationsstörungen begleitet und/oder akzentuiert von somatischen Störungen stark appellativen Charakters. In den Beziehungen zum anderen Geschlecht zeigen diese "Langzeitfälle" häufig ein recht aufreizendes Verhalten, in Wirklichkeit ist ihre Sexualität jedoch unausgereift, wie schon die körperliche Konstitution demonstriert. Sie sind sich ihrer Insuffizienz wohl bewußt und versuchen diese nun zu verheimlichen und zu überkompensieren: dies drängt sie auf erotischem Gebiet zu betont unbefangenen und naivem Verhalten, um so die Aufmerksamkeit der Männer auf sich zu ziehen und den Neid der anderen Frauen zu erregen, aber sie entziehen sich dann echten intimen Beziehungen (durch die sie ja eigentlich auch überfordert sind).

Die Gesamtheit der beschriebenen Besonderheiten kann sich durch Dauerhaftigkeit und Stärke so verdichten, daß sie eine Klassifikation als "hysterische Persönlichkeit" zu rechtfertigen scheint; und zwar, wie LINDBERG betont, nicht als psychopathische, sondern als psychoneurotische Persönlichkeit (mit Hinweisen auf die Existenz eines Konflikts und einer reaktiven, neurotischen Abwehrformation).

Allerdings meinen wir, daß man, nach allem Gesagten, diese Persönlichkeit viel genauer, - ihrer hervorstechenden Charakteristik entsprechend - als psychoinfantile bzw. unreife Persönlichkeit bezeichnen, und den Begriff "hysterisch" mit gutem Grund vermeiden sollte.

2.4.4. Randgebiete.

a) Die sog. Hystero-Epilepsie

Ohne Zweifel läßt der Polymorphismus der epileptischen Anfälle, mit geringerer oder stärkerer Trübung des Bewußtseins (pyknoleptische Anfälle, Jackson-Anfälle, psychomotorische Anfälle, generalisierte Anfälle, produktive epileptische Psychosen) ebenso wie die nicht immer sichere Beweisbarkeit einer Epilepsie im EEG (POECK), eine Diskussion über Beziehungen zwischen den beiden

Krankheitserscheinungen zu. Trotzdem sind wir nicht der Meinung, daß das Zurückgreifen auf den älteren Begriff der "Hystero-epilepsie" für die Diagnostik klärende Vorteile hat. Als Differentialdiagnose für den sog. hysterischen Anfall (h. A.) kommt hauptsächlich der generalisierte epileptische Anfall (e. A.) infrage, der sich in den meisten Fällen aber sicher abgrenzen läßt: Der e. A. kann ohne Anlaß zu jedem Zeitpunkt, auch im Schlaf (auch Tagesschlaf) auftreten, der Patient stürzt plötzlich und heftig zu Boden und verletzt sich häufig dabei; der h. A. wird immer durch psychische Faktoren ausgelöst und spielt sich immer vor Zuschauern ab; der Sturz ist langsamer und "vorsichtiger", nur selten mit geringen Verletzungen verbunden; der Epileptiker hat die Augen weit geöffnet, die Bulbi nach oben oder zur Seite verdreht, die Pupillen reagieren nicht auf Licht, das Gesicht ist zu Beginn blaß, wird dann cyanotisch; er zeigt erst eine tonische Starre und dann ununterbrochen ein bis zwei Minuten dauernde rhythmische klonische Zuckungen; der von CHARCOT beschriebene arc de cercle wird beim e. A. nie beobachtet. Das Gesicht des Hysterikers ist meist rot und der Bewegungsablauf hält sich nicht an die Tonus-Klonus-Sequenz, sondern er produziert vielgestaltige, wilde, arrhythmische Bewegungen, eine Pupillenstarre besteht nicht. Der h. A. kann stundenlang dauern und ist von außen durch Zuruf oder Schmerzreize beeinflussbar, - der e. A. nicht; im Krampf beißt sich der Epileptiker häufig auf die Zunge, so daß Schaum, der vor den Mund tritt, oft blutig ist. Als Zeichen der schweren Funktionsstörung des ZNS lassen sich im epileptischen Anfall die pathologischen Reflexe der Babinski-Gruppe auslösen; diese, sowie das bei e. A. häufig vorkommende Einnässen fehlen bei h. A. Dem e. A. folgt regelmäßig eine langdauernde Erschöpfungsphase (Terminalschlaf), der Hysteriker erholt sich meist rasch wieder. Neben den klinischen Beobachtungen entscheidet oft das EEG eindeutig die Differentialdiagnose.

Eine Bindung der Anfallsauslösung an seelische Spannungssituationen schließt allerdings eine Epilepsie nicht aus; man denke an das bekannte literarische Beispiel der Fürsten Myschkin in Dostojewski "Der Idiot" (POECK).

Außerdem ist noch zu beachten, daß Epileptiker neben echten auch sog. hysterische Anfälle haben können. Diese sollte man dann besser als "psychoreaktive Anfälle bei bestehender Epilepsie" diagnostizieren (GIANELLI & ZARATTINI), so daß der nur verwirrungstiftende Begriff "Hystero-Epilepsie" entbehrlich ist.

b) Das sog. Ganzer-Syndrom.

Man kann die nosographische Position dieses Syndroms nicht diskutieren, ohne sich mit dem Problem der Beziehung zwischen Hysterie und Simulation auseinandergesetzt zu haben. Die neurophysiologischen und andere Ergebnisse zum "Anteil des Willens" an der hysterischen Symptombildung sind unter 2.2.1. ausgeführt. (s. a. unter 2.2.2. und 2.4.2.)

JANET setzte den Akzent auf den psychologischen Automatismus und versicherte, daß für gewöhnlich der hysterische Prozeß amnestisch und unbewußt ist. BARUK weist noch bestimmter die Willensbeeinflussung zurück, wenn er schreibt, daß der Aspekt des Gewollten in einer hysterischen Störung nur Schein sei. KRETSCHMER hat mit seinem Konzept von den "zwei Willen" das Problem auf eine glaubhafte Weise gelöst.

Verschiedene Aspekte sprechen deutlich gegen eine nosologische Einbeziehung dieses Zustands in die "Hysterie", wie GANSER (1898) das tat. Auch aus der Definition von WERTHAM: "a Ganzer reaction is a hysterical pseudostupidity" (zit. n. MAYER-GROSS, S. 114) which occurs almost exclusively in goals and in old-fashioned German psychiatric textbooks (MAYER-GROSS S. 114) - auch hieraus sollte man das Wort "hysterical" eliminieren (im übrigen soll auch in Gefängnissen der anschließend kurz charakterisierte Zustand sehr selten sein). Es handelt sich hier (im Gegensatz zu der "typisch-hysterischen" Population) vorwiegend um Männer nicht jugendlichen Alters in spezieller Situation: nämlich in Erwartung eines Prozesses oder einer Haftstrafe (CALLIERI, CALLIERI & SEMERARI, RIGOTTI, SARTESCHI u. a.) Manche Autoren geben an, daß sich auffallend häufig intellektuelle Insuffizienz bzw. eine konstitutionelle geistige Schwäche fanden. In dem Bestreben als "Geistesranke" zu gelten und damit den zu erwartenden Widrigkeiten zu entgehen, produzieren diese Patienten psychogene Anästhesien, vasomotorische Erscheinungen u. ä. Sie machen viele einfache Handlungen systematisch falsch (Schlüssel verkehrt ins Schloß). Der Ausfall elementarer Kenntnisse, die sogar bei organischem Schwachsinn erhalten bleiben, weist auf die (verständlichen) Simulationstendenzen dieser "Pseudodemenz" hin (Schnee ist grün, Gras ist weiß, Pferd hat drei Beine etc.).

Wir stimmen also mit den Autoren überein, die meinen, daß der Terminus und das Konzept des GANZER-Syndroms nur zutreffend ist für solche sehr seltenen Fälle, bei denen sonst alle organischen Krankheitsformen differentialdiagnostisch ausgeschieden wurden und die oben beschriebene Situation besteht und mit den Symptomen

in Zusammenhang gebracht werden kann. Seine Verwendung für irgendwelche anderen Durchgangszustände (z. B. im klinischen Verlauf einer Psychose) sind nur eine Quelle der Verwirrung.

c) Hysterie und Psychose.

Die Frage nach den Beziehungen zwischen Hysterie und psychotischen Verhaltenszuständen ist viel diskutiert worden. Sie tritt dann auf den Plan, wenn ein "Hysteriker" Wahnideen ¹⁾ entwickelt und zu halluzinieren beginnt. Bei Behandlung des Kapitels Psychose und Hysterie muß man folgende "Kombinationsmöglichkeiten" ins Auge fassen:

- a) "hysterische" Manifestationen, die dem Beginn einer Psychose vorausgehen;
 - b) akute, delirante Episoden, die als hysterische Psychosen bezeichnet werden;
 - c) Depressionen "hysterischer" Natur;
 - d) "hysterische" Langzeitentwicklungen vom psychotischen Typ;
- (FOLLIN, CHAZAUD et PILON, 1961; DEMANGEAT et DE BOUCAUD, 1962; MALLET et GOLD, 1969; HOLLENDER and HIRSCH, 1961; SACERDOTI, 1965).

Die Tendenz, die Hysterie mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis in Verbindung zu bringen, scheint gerechtfertigt durch die relative Häufigkeit, mit der Schizophrene vor Ausbruch der Krankheit hysterische Symptome geboten haben. ²⁾ Allerdings hängen die Zahlen von späteren Schizophrenen in einer Population von Hysterikern viel von der Rigorosität ab, mit der die Kriterien zur Diagnosenstellung ausgewählt werden. (Häufigkeit: LJUNGBERG: 8 von 381 Fällen = 2,09 %; LEMPERIERE et al.: 4 von 78 = 5,13 %; ZIEGLER & PAUL: 12 von 66 = 18,1 %).

- 1) zur Frage der Wahnideen schreibt BLEULER: "Wie weit bloße hysterische Wahnbildung gehen kann, ist noch nicht zu bestimmen und jedenfalls von psychischem Milieu abhängig. Auch in unseren Verhältnissen kann sich eine Hysterika gravid glauben und alle Zeichen der Schwangerschaft mit Ausnahme des vergrößerten Uterus, aber inklusive Colostrum darbieten... Wenn sie aber in ihrem Wahnkind einen Christus erwartet, wird die Patientin in Mitteleuropa eine Schizophrene sein. Ebenso sind bei uns und in unserer Zeit diejenigen Patienten Schizophrene, die anstelle des Kindes eine Kröte oder eine Schlange im Leib haben." (BLEULER E., 1966, S. 484) Daß die Entscheidung trotzdem nicht immer einfach ist, beweist ein Bericht von MALLET & GOLD (1964) in dem 13 Fälle einer falschen Schizophreniediagnose bei hyster. Patienten diskutiert werden.
- 2) Vergl. auch die historischen Fälle von FREUD: EMMY von N. und ANNA O., die, als Hysterien behandelt, später eine schizophrene Entwicklung zeigten.

Die Meinungen über die Differenzierung der beiden Krankheitsformen reichen von der Koinzidenz der Erscheinungen über die Auffassung, daß die eine ein Durchgangsstadium zur anderen sei, bis zu einer klaren Trennung.

Für KRETSCHMER E. HESNARD, BLEULER u. a. genügt das spätere Auftreten einer schizophrenen Entwicklung, um die vorher gestellte Diagnose Hysterie zu falsifizieren.

Schwierigkeiten in der nosologischen Einordnung machen vor allem jene Grenzfälle, die ein Kontinuum von Neurose und Schizophrenie darzustellen scheinen. Diese sog. "Borderlines" oder auch "pseudoneurotische Schizophrenien" "haben schwere charakterbedingte Ich-syntone Anomalien, aber nur wenige, milde schizophrene Symptome; es kommt nicht zur Desintegration und Defektbildung." ¹⁾ Allerdings kann eine solche Entwicklung auf dem Boden einer jeden neurotischen, - nicht nur der hysterischen - Entwicklung entstehen.

LJUNGBERG seinerseits ist geneigt, hysterische Reaktionen, die aufgrund einer aufbrechenden Schizophrenie entstehen können, als eine Antwort auf die schockierende Erfahrung jener Irrealität zu interpretieren, die gerade die Initialphase der Psychose charakterisiert.

Ebenso CALLIERI & SEMERARI, die meinen, daß die Bewußtheit um das psychotische Erleben ein zusätzliches psychisches Trauma setzt, welches dann hysterische Verhaltensweisen erzeugen kann, und zwar um so leichter, je stärker die Bedrohung für die Integrität des Ichs erlebt wird.

Zur Frage einer autonomen nosographischen Position "hysterische Psychose" lassen sich die Meinungen wie folgt resümieren:

1) mit diesem Terminus werden kurzdauernde psychotische Episoden (von einer bis drei Wochen) bezeichnet, die als Folge von traumatisierenden Ereignissen oder Konfliktsituationen, plötzlich aus Personen mit hysterischen Zügen hervorbrechen. Sie sind durch Halluzinationen, delirante Ideen, Depersonalisation und Störungen im Verhalten charakterisiert. Alle Symptome verschwinden am Ende der Episode schnell und hinterlassen keine Relikte. (HOLLENDER und HIRSCH 1964; FOLLIN et coll. 1961; DEMANGEAT et DE BOUCAUD).

1) HOCH P. und POLATIN P.: "Pseudoneurotic forms of schizophrenia", psychiat. Quat. 23 (1949) 248 zit. n. REDLICH & FREEDMAN).

Vom interpretativen Standpunkt aus halten HOLLENDER und HIRSCH diese Formen nicht für Abwehrreaktionen, sondern eher für Manifestationen einer Ich-Ruptur, ähnlich jenen psychotischen Syndromen, die man bei primitiven Bevölkerungen beobachten kann: Vom Typ des Amok, Latah, Imu und der sog. "arktischen Hysterie". ¹⁾

2) Eine andere Gruppe von Autoren hält es, im Gegensatz zu den Vorigen, für ausreichend, die oben beschriebenen Psychose-Formen in die Gruppe der reaktiven Psychosen oder psychogenen psychotischen Reaktionen einzureihen (auch: transient psychosis, kurze Schizophrenie, psychoseähnliche Reaktion), da sie - nach ihrer Meinung - weder eine spezifische Struktur noch Symptomatologie noch spezifischen Verlauf haben (ASTRUP, FOSSUM und HOLMBOE; KRANZ; DUVAL und HOFMAN).

Diese zweite Auffassung scheint uns die Nomenklaturfrage für die oben beschriebenen Formen am klarsten und befriedigendsten zu lösen.

3) Übrig bleiben die Fälle, bei denen die Symptomatologie jeden Labilitätscharakter verloren und sich fest in der Persönlichkeit kristallisiert hat, und die Symptome zudem zum Objekt einer wahnhaften Elaboration geworden sind. Wenn diese Labilität der Symptome, ihre Fähigkeit, nur als Funktion ihrer Botschaft zu existieren und abgetrennt von der Persönlichkeit erlebt zu werden, verloren gegangen ist und zusätzlich die wahnhafte Veränderung des Realitätsbewußtseins stattgefunden hat, dann tritt ein qualitativ neues Stadium ein, das über die vorhergegangenen neurotischen Zusammenhänge hinausgeht. Dies schließt zwar eine "Koexistenz" mit der Neurose aus, nicht aber Beziehungen zwischen dem vegetativen Nervensystem und psychopathologischen Erscheinungen, d. h. es schließt nicht die Möglichkeit aus, daß der Psychose neurotische Phasen vorangehen.

(BELLONI & TERZIAN, RIGOTTI). Wenn also die Psychoneurosen mit der

1) Diese werden nicht als eigene Krankheitsbilder, sondern als schwere katatone Erregungszustände beschrieben; "Imu" bei den Ainus im nördliche Japan, "Latah" in Indonesien, die "arktische Hysterie" im asiatischen Rußland. Man nimmt an, daß die jeweilige Kultur nur die Symptomatologie der Neurosen und Psychosen, die prinzipiell überall vorkommen, speziell prägt und ausformt (REDLICH & FREEDMAN, 1970, S. 288 und S. 689). Auch SACERDOTI (1965) hat einen interessanten Fall von hysterischer Psychose beschrieben: der Patient hatte ein paar Tage vor Ausbruch der Psychose den geistigen Übungen einer indonesischen Sekte ("subud") beigewohnt. Der Autor betrachtet in diesem Fall das (den) Latihan als auslösenden pathogenetischen Faktor, eine jener geistigen Übungen, die der Patient (als Mensch aus dem europäischen Kulturkreis?) als potentiell destruierende Situation erlebt haben konnte. (zit. n. RIGOTTI)

Terminologie JACKSONs ausgedrückt, eine Auflösung der "vegetativ-emotionalen Integrität" ¹⁾ repräsentieren, kann man die Psychosen als den Ausdruck der Auflösung der "noo-psychischen Integrität" deuten ²⁾.

Offensichtlich beschreibt diese Hypothese auch die qualitativen Veränderungen bei "hysterischen" Langzeitentwicklungen zur Psychose hin, und nur diese können man gerechtfertigt "hysterische" Psychosen nennen.

Trotzdem scheint es uns in den meisten Fällen der Klarheit dienlicher, wenn man der nosologischen Einordnung (= hysterische Psychose) eine strukturbeschreibende Bezeichnung des psychotischen Syndroms (z. B. delirantes, halluzinatorisches, paranoides u. ä. Syndrom) vorzieht.

d) Die Anorexia mentalis.

Eine andere Erkrankung, die früher einmal der Hysterie zugerechnet wurde, ist die Anorexia mentalis. LASEGUE hatte sie 1872 Anorexia hysterica genannt (die erste Beschreibung stammt von dem neapolitanischen Arzt SIMONE PORTA um 1500). Erst 10 Jahre nach LASEGUE nannte HUCHARD sie richtig Anorexia mentalis. Allgemein wird akzeptiert, daß bei der Entstehung psychische Faktoren die Hauptrolle spielen, obwohl physiologische Fehlfunktionen nicht ausgeschlossen werden dürfen. ³⁾ Sie wird heute allgemein als ein selbständiges psychosomatisches Leiden anerkannt. (ZUTT (1948); BALDUZZI (1949); ROSSINI (1959); BASAGLIA (1959); REDLICH & FREEDMAN (1970)). Man muß sie klar von der hypophysären Insuffizienz, der Simmondschen Kachexie abgrenzen, bei der als Ursache eine schwere endokrine Insuffizienz und eine Hypophysendestruktion nachzuweisen sind. ⁴⁾

1) nach der Unterteilung von YAKOVLEV (zit. n. RIGOTTI 1954)

2) N. B.: Dies bedeutet nicht, daß wir die "klassischen" Ansichten JOHN HUGHLINGS JACKSONs über eine ziemlich streng hierarchische Gehirnorganisation teilen, d. h. daß die entwicklungsmäßig früheren einfacheren Strukturen vollständig von den späteren, komplexeren beherrscht werden, denn neuere Untersuchungen zu Bau und Funktion des ZNS weisen eher darauf hin, daß es eine Anzahl von mehr oder weniger unabhängigen Systemen gibt, die sowohl aus älteren als auch jüngeren Strukturen zusammengesetzt sind und funktionelle Einheiten bilden.

3) nach LUNDBERG & WALLINDER (1967) etwa spricht vieles für die Anwesenheit kortikaler Läsionen, wenigstens bei ein paar Fällen.

4) In einer interessanten Arbeit hat CANNON, unter Bezugnahme auf die Nebennieren-Funktionsstörung, Parallelen zwischen der Anorexia mentalis und dem Voodoo-Tod aufgezeigt. Beide faßt er als Ausdruck selbstzerstörerischer Tendenzen auf, wobei adrenale Mechanismen eine Rolle spielen sollen.

2.5. Anhang.

2.5.1. Die Häufigkeit und Geschlechtsverteilung.

Die Erkrankungshäufigkeit liegt bei 1,2 bis 5,7 % im Krankengut neurologischer und psychiatrischer Kliniken (BRÄUTIGAM 1968; RIGOTTI & HANAU 1965; SCHNEIDER et coll. 1965; WATTS C. A. H.; CAWTE E. C.; KUENSSBERG E. V. 1964 fanden bei über einer Million von Patienten, die in Allgemeinpraxen untersucht wurden 5,5 % und ebenso 5,5 % bei den von Psychiatern untersuchten).

In Amerika liegt sie z. T. etwas höher: von den 1052 am Yale-New-Haven Medical Center von 1964 bis 1966 psychiatrisch betreuten Patienten zeigten 14 % (N = 144) hysterische Reaktionen (MCKEGNEY 1967); das stimmt überein mit einem Vorkommen von 13 % Hysterikern in den John-Hopkins Serien (ZIEGLER et al. 1960); LEWIS & BERMAN (1965) fanden unter 16 000 Krankenhaus-Entlassenen nur 57 Fälle eindeutiger Konversionshysterie (davon 50 % mit hysterischer Persönlichkeit).

Nach allgemeiner Auffassung sollen Frauen mehr zu hysterischen Reaktionen neigen.

Autoren	Fallzahl	% Frauen	% Männer	Verhältnis
KRAEPELIN (1915)	498	66,7 %	33,3 %	2 : 1
RIGOTTI (1952)	?	81,0 %	19,0 %	4 : 1
LJUNGBERG (1957)	381	64,6 %	35,4 %	2 : 1
CHODOFF & LYONS (1958) speziell Konversionssympt. bei hyst. Persönlichkeit	17	11,8 %	88,2 %	1 : 8
LEMPERIERE et al. (1965)	156	74,4 %	25,6 %	3 : 1
RIGOTTI & HANAU (1965)	1066	73,3 %	26,7 %	3 : 1
SCHNEIDER et al. (1965)	597	88,5 %	11,5 %	8 : 1
MCKEGNEY (1966)	144	75,0 %	26,0 %	3 : 1

Man sollte allerdings nicht vergessen, daß die Zahlen eigentlich nicht vergleichbar sind da, wie wir gesehen haben, die Diagnose "Hysterie" keineswegs einheitlich und klar definiert ist.

2.5.2. Die Veränderungen der hysterischen Erscheinungen im Alter.

Nach der Meinung der meisten Autoren sind hysterische Formen unter den Psychoneurosen des Alters nicht vorhanden oder sehr rar. (CAMERON 1956; KAHN 1928; SARTESCHI & MURATORIO 1960; CLOW & ALLEN 1951; BRÄUTIGAM 1968) Unter 176 Fällen fand man 10, die zur Zeit der Untersuchung als Neurasthenie, Phobie oder Zwangs-Syndrom klassifiziert wurden, aber in ihrer Jugend hysterische Neurosen gewesen waren (SARTESCHI et MURATORIO 1960).

Nach dem dritten Lebensjahrzehnt scheint die Hysterie rapide abzunehmen (s. auch Grafik S. 53) und/oder sich in andere Neurosenformen umzuwandeln (ERNST K. & C. 1965; LEMPERIERE & coll 1965; RIGOTTI & HANAU 1965). SJÖBRING (1963) beschreibt bei Männern ein allmähliches Abnehmen hysteroiden Verhaltens von der Jugend bis ins Alter, bei Frauen aber soll die Häufigkeit nach dem 49. Lebensjahr plötzlich von 40 - 45 % auf 27 % absinken. Dies läßt allerdings nicht den Schluß auf eine Zunahme der Heilungshäufigkeit zu, sondern deutet vielleicht eher auf die Veränderung des sozialen "Stellenwertes" der Frau hin (Menopause!) und darauf, daß sie selbst und ihre Umwelt das so sehen und beurteilen. Außerdem stellt der biologische Phasenwechsel per se eine gravierende Veränderung dar.

2.6. Der soziale Bezug.

Die oben genannten Zahlen geben, zusammen mit der historischen Entwicklung des "Krankheitsbildes" betrachtet, einen Hinweis darauf, daß die Hysterie auch noch heute primär als eine Krankheit der Frauen betrachtet wird. ¹⁾ Nicht zuletzt FREUD, der einen großen Teil seiner Theorie über die Entstehung der Hysterie auf die Tatsache aufbaute, daß seine "hysterischen" Patienten Frauen waren, rechtfertigt nach unserer Meinung einen kurzen Blick auf die psychosoziale Situation der Frau heute.

2.6.1. Die hervorstechende Beobachtung, die man bei Literaturdurchsicht macht, ist die Tatsache, daß man von Frauen und Männern so spricht, als wären sie verschiedene Arten von Personen und nicht Menschen verschiedenen Geschlechts.

¹⁾ vgl.: "We have excluded male hysterics from this presentation because of a lower incidence and because in the male, at least in Western Society hysteria is most often associated with effeminate characteristics. This proneness to effeminacy and homosexuality complicates and adds other dimensions to the personality". (EASSER B. R. & S. F. LESSER: Hysterical personality - A re-evaluation, Psychoanal. Quat. 34, 390 (1965))

BROVERMAN et al. (1970) haben dieses "sex-role stereotype" in dem besonders interessanten Zusammenhang mit der klinischen Beurteilung von geistiger Gesundheit untersucht. Dies scheint besonders wichtig, da Therapeuten ja großen Einfluß, nicht nur im engeren Bereich ihrer beruflichen Tätigkeit auf Einzelne, sondern auch in ihrer Rolle als "Experten" auf die gesamte Bevölkerung haben. (eig. Übers.)

Ein "sex-role-stereotype"-Fragebogen mit 122 bipolaren Items wurde 79 klinisch tätigen Psychologen, Psychiatern und Sozialarbeitern (33 Frauen, 46 Männer; 18 Frauen und 31 Männer mit PhD oder MD) mit folgenden drei Instruktionen gegeben: sie sollten einen gesunden, reifen, sozial kompetenten a) Erwachsenen, ohne Geschlechtsbenennung b) Mann, oder c) eine Frau beschreiben. Man hatte die Hypothese aufgestellt, daß die klinische Beurteilung der Charakteristika gesunder Erwachsener als Funktion des Geschlechts der beurteilten Person voneinander differieren würde und daß darüberhinaus die unterschiedlichen klinischen Konzepte von Gesundheit den in unserer Gesellschaft vorherrschenden stereotypen Geschlechtsrollenunterschieden parallel wären. Beides wurde bestätigt.

Die in anderen Untersuchungen festgestellte positive Korrelation zwischen sozialer Erwünschtheit und klinischer Beurteilung von geistiger Gesundheit (COWEN, 1961; KOGAN et al. 1957; WIENER et al. 1959) wurde hier ebenso gefunden wie, parallel dazu, die Korrelation zwischen stereotypem Geschlechtsrollenverhalten und sozialer Erwünschtheit.

Das Ergebnis, daß Kliniker dazu neigen, als männlich bewertete stereotype Züge häufiger gesund für Männer als für Frauen zu beschreiben, mag als eine Binsenwahrheit erscheinen. Eine genaue Prüfung des Gehaltes der Items jedoch enthüllt, daß dieses abgedroschen erscheinende Phänomen eine folgenschwere negative Einschätzung der Frau verbirgt. In diesen Items geben die Kliniker signifikant häufiger an, daß sich eine gesunde Frau von einem gesunden Mann unterscheidet durch: "being more submissive, less independent, less adventurous, more easily influenced, less aggressive, less competitive, more excitable in minor crises, having their feelings more easily hurt, being more emotional, more conceited about their appearance, less objective, and disliking math and science". (a. a. O. S. 4-5), und die Autoren meinen dazu, daß "this constellation seems a most unusual way of describing any mature, healthy individual".

Im weiteren Verlauf erweist sich dann auch die zweite aufgestellte Hypothese als richtig: das Konzept der befragten Kliniker für einen gesunden, reifen Mann unterscheidet sich nicht wesentlich von dem eines gesunden Erwachsenen (ohne

Geschlechtsangabe). Es unterscheidet sich aber signifikant das Konzept einer gesunden, erwachsenen Frau von dem des Erwachsenen ohne Geschlechtsangabe, also von einem angenommenen quasi idealen Gesundheitsstandard.

Abschließend stellen die Autoren Spekulationen über die Hintergründe und die Auswirkungen dieses doppelten "Gesundheitsstandards" an und kommen zu folgenden Ergebnissen:

1) Der biologische Unterschied ¹⁾ allein berechtigt nicht zu einem solchen doppelten Standard ²⁾; denn zum Beispiel für "logische Fähigkeiten", "Objektivität", "Unabhängigkeit" etc. sind die Unterschiede schon innerhalb eines Geschlechtes sehr groß; und die Überlappung zwischen beiden Geschlechtern machen solche Unterscheidungskriterien vollends ungerechtfertigt.

2) Wahrscheinlicher stammt dieser zweifache Standard des Klinikers von der Annahme, daß Gesundheit die gute Angepaßtheit an die Umwelt bedeutet. Und da in unserer Gesellschaft praktisch von Geburt an Mann und Frau trainiert werden, unterschiedliche soziale Rollen zu übernehmen, müßte eine Frau, um "gesund" zu sein, sich an die ihrem Geschlecht zugeschriebenen Verhaltensnormen anpassen und sie akzeptieren; und dies, obwohl dieses Verhalten allgemein als weniger sozial erwünscht und weniger gesund für einen normalen Erwachsenen beurteilt wird. ³⁾

Alternative Definitionen von geistiger Gesundheit und Reife werden durch die Konzepte von "innate drives toward self-actualization, toward mastery of the environment, and toward fulfillment of one's potential" umschrieben (ALLPORT 1965; BÜHLER 1959; ERIKSON 1950; MASLOW 1945; ROGERS 1961; FRIEDAN 1963 bzw. 1970). Solche "innate drives" aber müssen die Frau in Konflikt mit einer sozialen Umwelt bringen, die mit solch restriktiven Stereotypen verbunden ist.

- 1) Wie auch Viola KLEIN in ihrer Kritik an FREUD ("Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds" Bd. 14 S. 26) bemerkt, ist es eine eigenartige Hypothese, daß "die Hälfte der Menschheit biologische Gründe haben soll, sich benachteiligt zu fühlen wegen eines Mangels, den die andere Hälfte nicht leidet, (aber nicht umgekehrt.)" zit. n. MILLETT S. 213.
- 2) M. MEAD (1965) hat schon 1935 durch ihre Untersuchungen bei den Arapesh, Mundugumor und den Tschambuli gezeigt, daß die sog. geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen in verschiedenen Kulturen einander diametral gegenüber stehen können.
- 3) "By way of analogy, one could argue that a black person who conformed to the "pre-civil rights" southern-negro-stereotype, that is, a docile, unambitious, childlike, etc., person was well adjusted to his environment and, therefore, a healthy and mature adult" (a. a. O. S. 6).

Die Frau muß entscheiden, ob sie jene "positiven" Charakteristika, die für Männer und Erwachsene erwünscht sind, zeigen und damit ihre Weiblichkeit in Frage gestellt haben will (d. h. in Bezug auf ihr "Frau-sein" deviant sein will); oder ob sie sich in der vorgeschriebenen "weiblichen" Weise verhalten und den "Erwachsenen-Status zweiter Klasse" akzeptieren will und vielleicht auch noch obendrein eine Lüge leben muß.

3) Ein weiteres Problem sehen BROVERMAN et al. "in the conflict between the overt laws and ethics existing in our society versus the covert but real customs and mores which significantly shape an individual's behavior" (a.a.O. S. 6), z. B. ein Mädchen, das Ingenieur oder Manager, oder ein Junge, der Nurse werden will.

Schließlich bleibt das Resümee, daß es zwar die Haltung der Gesellschaft ist, die das Dilemma für die Frau hervorbringt, aber - so meinen die Autoren - die Kliniker erkennen diese sex-role-stereotypes an und helfen dadurch wenigstens implicit, dies Dilemma weiter aufrecht zu erhalten.

KATE MILLETT (1971) hat u. a. den psychoanalytischen Aspekt dieses Stereotyps, den sog. Penisneid und vor allem seine theoretische Untermauerung durch S. FREUD einer kritischen, wenn auch etwas polemisch formulierten Würdigung unterzogen:

"Seine (FREUDS) Bemerkungen über Frauen zeigen oft Spitzen gegen feministische Gesichtspunkte. Immer wieder wird die Beschuldigung des Penisneides gegen die Rebellen erhoben. Diese Beschuldigung dient als Beschwörungsformel, die das Gespenst der emanzipierten oder intellektuellen Frau vertreiben soll: solche Frauen sind nichts als Sonderlinge, die sich unter vergeblichen Anstrengungen die Mühe machen, ihre organische Minderwertigkeit durch Bemühungen um kulturelle Leistungen auszugleichen; doch dafür ist nach FREUD der Besitz eines Penis unbedingt nötig. Er beklagt sich sogar darüber, daß Frauen zur Analyse kommen, um gleichsam "einen Penis zu erwerben". Da dies unklar ist, muß man es erläutern: weibliche Patienten konsultieren ihn, in der Hoffnung, in ihrer Arbeit produktiver zu werden; als Gegenleistung für ihre Honorare tat FREUD sein bestes, sie dazu zu bewegen, ihre Berufe als unnatürliche Irrwege aufzugeben. Überzeugt, daß die Verbindung zwischen Penis und intellektuellen Fähigkeiten organisch sei, protestierte FREUD mit einem belustigten Achselzucken, "denn für das Psychische spielt das Biologische wirklich die Rolle des unterliegenden gewachsenen Felsens". Die intellektuelle Überlegenheit des Mannes, konstitutionell mit dem Penis verbunden, ist für FREUD nahezu eine beweisbare Tatsache, ein bemerkenswert komfortabler Fels." (K. MILLETT S. 219 f)

Sobald aber FREUD, der Vater der Psychoanalyse (eine Mutter hat sie nie gehabt! MILLET) die Theorie vom Penisneid formuliert hatte, war aber die Möglichkeit einer soziologischen Erklärung der Unzufriedenheit der Frauen von vornherein ausgeschlossen. Daß jedoch die Einbeziehung kultureller Faktoren unerlässlich ist,

wenn es um den Beweis der Hypothese von der biologisch begründbaren Rollenzuweisung für die Frau geht, haben die anthropologisch-ethnologischen Forschungsergebnisse eindeutig gezeigt. MARGARET MEAD, B. MALINOWSKY, P. PARIN u. a. fanden zwar in allen von ihnen untersuchten Kulturen und sozialen Systemen eine "Arbeitsteilung" zwischen Männern und Frauen, aber keine "universellen" der Frau oder dem Mann zugeschriebenen sozialen Rollen.

M. MEAD hat darüberhinaus noch auf die besonderen Verwirrungs- und Konfliktmöglichkeiten hingewiesen, die durch die absolute Verknüpfung von sozial vorgeschriebenem und erwünschtem Verhalten mit der Geschlechtszugehörigkeit entstehen; damit rückt das Problem des von den Normen abweichenden Verhaltens im allgemeinen ins Blickfeld.

"In dem gleichen Maß, in dem eine Kultur an ihren Richtlinien festhält und ihre moralischen und geistigen Ziele kompromißlos verteidigt, verurteilt sie auch einzelne ihrer Mitglieder zu einem Leben als Fremdkörper in Unruhe und Bestürzung oder sogar zur Auflehnung, die bis zur geistigen Erkrankung führen kann. Es ist heute üblich, die sozialen Außenseiter als Neurotiker einzustufen, die vor der "Wirklichkeit" (d. h. den Augenblickslösungen der eigenen Gesellschaft) in ihre Phantasie, in eine transzendente Philosophie etc. etc. flüchten. Es wird ihnen ferner die Reife abgesprochen..." (M. MEAD "Leben in der Südsee" S. 540).

MARGARET MEAD unterscheidet den physiologisch Unzulänglichen und den von der Norm deshalb Abweichenden, weil er "mit den Wertbegriffen seiner Gesellschaft in Widerspruch steht (a. a. O. S. 541)." "Der moderne Psychiater neigt dazu, alle Anpassungsmängel dieser Menschen frühen Umweltbedingungen zur Last zu legen, also eine Art psychischer Verstümmelung anzunehmen (a. a. O. S. 541)." Dabei, so meint die Autorin, könnten gerade Menschen "mit starken, temperamentbedingten Neigungen in Widerspruch zu den Forderungen ihrer Kultur stehen".

In einer Gesellschaft, in der nicht jeder Charakterzug - wie Liebe zu Kindern, Passivität, Streitsucht, Launenhaftigkeit, Mut, Kunstinteresse etc. - unveränderlich mit der Geschlechtszugehörigkeit verknüpft wäre, "würde ein sehr wesentlicher Faktor im Bewußtsein des Kindes von seiner Stellung in der Welt nicht in Frage gestellt: die Echtheit seiner Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht". (a. a. O. S. 544)

Die Möglichkeiten der Verwirrung, die die Zweiteilung der Personen nach Geschlechtern nach sich zieht, zählt M. MEAD wie folgt auf: 1) Die Infragestellung des eigenen Geschlechts, z. B. durch nicht angemessene Vorlieben zwingt das Kind, sich z. B. mit dem Elternteil des anderen Geschlechts zu identifizieren. 2) Solche Vorlieben können ein Kind mehr mit den Angehörigen des anderen Ge-

schlechts in Berührung bringen, so daß es deren Verhaltensweisen leichter nachahmen kann. 3) Ein Kind kann trotz des Druckes der ausgeübt wird, die Identifikation mit dem Elternteil des anderen Geschlechts wählen, weil es dort Ziele und Motive, künstlerische Fähigkeiten, Entscheidungen etc. erkennt, die ihm selbst am besten entsprechen. (a.a.O. S. 546).

Nicht zu vergessen ist die oben schon erwähnte, von vorneherein positive Bewertung aller Eigenschaften, die als männlich gelten. Die vielfältigen Beeinflussungen der Entwicklung eines Individuums, besonders auch als Angehöriger eines Geschlechts, führen oft zu einer verbogenen, mangelhaften Anpassung an die Umwelt. Viele Persönlichkeitsforscher schreiben so entstandene Mängel einer "latenten Homosexualität" zu. "Aber diese Auffassung entspricht der doppelten Norm und ist eine post-hoc Diagnose des Resultats, keine Ursachendiagnose" (a.a.O. S.549); denn sie wird eben auch auf die zahlreichen Individuen angewandt, die vom vorgeschriebenen Verhalten abweichen. Diese wiederum beunruhigen durch ihr bloßes Vorhandensein und ihre ungewöhnlichen Reaktionen, ihre normangepaßten Zeitgenossen und so wird auf beiden Seiten "ein Samenkorn des Zweifels und der Angst gelegt" (a.a.O. S. 551), das zur Keimzelle vielfältiger psychischer Störungen und Verbiegungen einer ausgeglichenen Persönlichkeitsentwicklung wird.

Zusammenfassend möchten wir festhalten, daß es zutrifft, daß die in unserer (patrilinen) westlichen Kultur für ein weibliches Individuum und die Erlernung seiner Geschlechtsrolle entstehenden Probleme - (über die sonstigen intra- und interpersonellen Ansatzpunkte hinausgehend -) von vornherein Konfliktmöglichkeiten bieten, die im Bereich der Selbstverwirklichung und Identitätsfindung liegen.¹⁾

Diese entstehen vor allem aus der Tatsache, daß der soziale Stellenwert der Gruppe der Frauen in dieser Kultur Minoritätscharakter hat. Das schließt alle "Funktionen" ein, die einer Minorität in einem sozialen Gefüge aufgezwungen werden: ganz allgemein bestehen diese in der durch die eigene, askribierte Minderwertigkeit dauernd zu demonstrierende Höherwertigkeit der - (wenn hier auch nicht zahlenmäßigen) - Majorität. Sollte es uns nicht hellhörig machen, wenn CHODOFF & LYONS in Bezug auf die Hysterie, die doch als typische "Frauenkrankheit" gilt, von einer Karikatur der Femininität sprechen? Gewöhnlich ist der Wirklichkeitsgehalt von Karikaturen beträchtlich, ebenso wohl die Heftigkeit der Abwehrreaktionen, die sie bei den Verursachern der dargestellten Situation auslösen.

1) s. a. MILLETT K.; FRIEDAN B.; MEAD M.; GREER G.; PROSS H.;
BEAUVOIR, S. de; RUNGE E.; RÖHR D.

Sieht man also die "Hysterie" einmal als Minoritäts- bzw. Unterdrücktenreaktion an, so müßte man eigentlich die beschriebenen Züge und Reaktionen in einer mehr weiblich-suprematistisch ausgerichteten Gesellschaftsordnung eher bei Männern erwarten.

In der matrilinear organisierten Sozietät der Agni ¹⁾ an der Elfenbein-Küste haben denn auch die Knaben Schwierigkeiten, sich mit dem Vater und dessen im allgemeinen minderen Sozialprestige und Rollenbild zu identifizieren. Während die Agni-Mädchen bzw. -Frauen, deren Identifikationsmöglichkeiten viel besser und befriedigender sind, so geschildert werden:

Das Leben der Mädchen "geht stufenweise, wenn auch nicht ohne Krisen in jene weiblichen Rollen über, welche die materielle Subsistenz und organisatorische Konstanz der Agni-Sozietät gewährleisten. Die Charakterhaltung der Frauen pflegt konstanter, weniger Schwankungen ausgesetzt, ihre praktische Lebensbewährung besser zu sein als die der Männer. . . " "Ungestört durch krisenhafte Zustände, Evasionen und Räusche, die männliche Aktivitäten oft zu unterbrechen pflegen, be- stellen sie ihre Pflanzungen. Die Frauen gehen aus dem ödipalen Konflikt mit Eigenschaften hervor, die wir männliche nennen würden"; ²⁾ Sie haben im Gegen- satz zu den Knaben eine Geschlechtsidentität erworben; während den Knaben dau- erhafte Identifikation mit dem Vater schwer gelingt, einem Vater, der meist kei- ne wirkliche Autorität, kein Vorbild oder auch nur Zuwendung hergibt.

"Die grundlegende Labilität der Beziehungen zu den Mitmenschen" bei den Agni äußert sich bei den Männern "in heftigen Rivalitätsaggressionen und Neid, und einer Unfähigkeit, dauerhafte, gegenseitige identifikatorische Beziehungen zu anderen Männern auszubilden. Schon die Gruppen junger Burschen brechen immer wieder durch Streit und Hader auseinander" ³⁾ (a. a. O. S. 194).

So denken die Autoren (PARIN, MORGENTHALER & PARIN-MATTHÉY) bei der näher untersuchten Krankheit Adou AGNIMOU's z. B. auch zuerst an eine "Hyste- rie mit früh zustandegekommenen Störungen der Ich-bildung, oder an einen Bor- der-line-Zustand mit hysteriformen Erscheinungen" (S. 383). Später präzisieren sie ihre Aussage dahingehend, daß dieses Bild einer europäischen Borderline-Hy- sterie durch "Besonderheiten der normalen Ichentwicklung bei den Agni" hervor- gerufen werden kann. (Allerdings erstreckt sich die Analogie nicht auf Verlauf

-
- 1) PARIN P.; MORGENTHALER F.; PARIN-MATTHÉY G.: Fürchte deinen Näch- sten wie dich selbst. Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in Westafrika.
 - 2) P. PARIN: Der Ausgang des ödipalen Konflikts in drei verschiedenen Kulturen. Eine Anwendung der Psychoanalyse als Sozialwissenschaft. S. 193, 194.
 - 3) Aussagen, die, auf Frauen bezogen, in unserer Kultur u. a. durchaus als "frauenspezifische" Unfähigkeiten beschrieben werden.

und Prognose.)¹⁾

Diese ethnopsychoanalytischen Untersuchungen lassen es uns - auch im Zusammenhang mit den weiter oben hergestellten soziologischen Verbindungslinien - geboten erscheinen, abschließend unser Augenmerk auf solche sozietätspezifischen Einflüsse (als Agens und Reagens) zu richten, und zwar nicht nur als wichtige Faktoren für die Ichentwicklung, sondern auch als Konstituenten jener normativen Wertungskategorien, die unserer Beurteilung des Verhaltens von Personen als "richtig, normal etc. bzw. falsch, nicht-normal oder krank" als Grundlage dienen.

2.6.2. Die Unmöglichkeit einer befriedigenden, transkulturellen Definition der postulierten Gegensatzpaare "psychische Gesundheit-psychische Krankheit" bzw. "normales-anormales Verhalten" hat vor allem in den angelsächsischen Ländern zu einer lebhaften Diskussion in Psychiatrie und den anderen Sozialwissenschaften geführt.²⁾ Aus ihr läßt sich bis jetzt folgendes resumieren: die sog. psychische Krankheit ist ein sozialer Prozeß; sie ist sicherlich, ohne Ansehen ihrer sonstigen Charakteristika, immer auch Verhaltensstörung. Man meint sogar, sie aufgrund dieses Aspekts identifizieren und systematisieren zu können.

Eine konsequente Einbeziehung des sozialen Kontexts erweitert allerdings den Rahmen der überkommenen, mehr medizinisch-naturwissenschaftlich orientierten, psychopathologischen Kategorien. Die Diskussion kristallisierte sich vor allem an diesem, im allgemeinen der Psychopathologie zugrunde liegenden Denkmodell, dem "Krankheitsmodell" bzw. "medizinischen Modell". SZASZ ging sogar soweit, psychische Krankheiten mit nicht vorhandenem organischem Substrat zum "Mythos" zu erklären. Es ist zweifelhaft, ob es dem Betroffenen hilft, wenn, trotz vorliegender Verhaltensstörung die Existenz einer Krankheit geleugnet wird, welche ihm wahrscheinlich einen gewissen "Schutz" vor den negativen, sozialen Sanktionen seines abweichenden Verhaltens geboten hätte. Im Gegensatz zum körperlich Kranken, der keine Leistungsanforderungen erfüllen kann, meint PARSONS (1966) ist der psychisch Kranke unfähig, Rollenerwartungen zu genügen; und bei tiefer gehenden Störungen, die auch den kognitiven Apparat (MCGHIE 1967) betreffen, wie z. B. die Schizophrenie

1) Unter anderem schien bei Adou für die Symptombildung ("Störungen im Kopf", d. h. er "vergaß" alle Aufträge oder Befehle, die er ausführen sollte; außerdem Kribbeln in Unterarmen und Händen, u. a.) folgendes besonders bedeutsam: Er "kann ohne weiteres von einer Autoritätsperson (Onkel) Befehle entgegennehmen, aber ein zuviel dieser Unterwerfung schränkte ihn ein und machte ihn krank. (S. 349)

2) s. a. BASAGLIA F., E. BECKER, D. COOPER, E. GOFFMANN, R. D. LAING, T. S. SZASZ u. a.

nie, muß man zudem eine Beeinträchtigung des Erkennens von Rollenerwartungen annehmen.

Die historische Dimension der Medizin zeigt die Verknüpfung ihres Krankheitsverständnisses mit dem jeweiligen fachwissenschaftlichen Erkenntniszuwachs, aber auch mit den philosophisch-ideologischen Widerspiegelungen der allgemeinen Gesellschaftsprozesse, die vor allem den Normencharakter historisch-spezifisch ausformen.

Das Hysterieverständnis durch die Jahrhunderte demonstriert dies eindringlich. Für das beginnende 18. Jhd. beispielsweise, haben wir versucht, die enge Verknüpfung der damals herrschenden Vorstellungen vom Wesen der Hysterie mit der sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und geistesgeschichtlichen Situation darzustellen. (s. 2.1.)

Am Beispiel der Entstehungsgeschichte der modernen Psychiatrie läßt sich nachweisen, daß auch besonders der Definitionsvorgang von "psychischer Krankheit" ein sozialer Prozess ist, ¹⁾ in dem sich das normierte soziale Bewußtsein der dominanten sozialen Schichten einer Gesellschaft ausdrückt; das führt dazu, daß ganz bestimmte Verhaltensweisen als "krank" oder "abweichend" wahrgenommen und entsprechend behandelt werden. (KEUPP, H. 1972 b, S. 17) KEUPP sieht diese Zusammenhänge etwa so: Abweichendes Verhalten (d. h. symptomatisches Verhalten) kann nicht direkt behandelt werden, da es ja eine andere, innerpsychische Ursache hat; eine erfolgreiche Therapie muß also diese behandeln. Läßt sich in der therapeutischen Interaktion das ursächliche Problem nicht erschließen und verändern, dann spricht das nicht gegen die "Modellvorstellung" von der Krankheit, sondern wird als der Beweis für die tiefe und gravierende Persönlichkeitseinschränkung gewertet. Für den Therapeuten ist zwar das veränderte Verhalten (= Symptomatik) der Ausgangspunkt, aber mehr als topographische, weniger als funktionelle Kategorie.

"Aus Interaktionssequenzen werden nicht die Verhaltensweisen beider (oder mehrerer) Interaktionspartner registriert und zueinander in Beziehungen gesetzt, sondern nur jeweils die Verhaltensweisen eines Partners aufgezeichnet, und aus

1) in den großen wissenschaftsgeschichtlichen und sozialgeschichtlichen Studien von FOUCAULT, M. (1961) und DÖRNER, K. (1969) wird ein Stück dieser wechselvollen Geschichte nachgezeichnet. Durch den Vergleich der Entwicklung der Psychiatrie und ihrer Krankheitskonzeption in England, Frankreich und Deutschland, kann DÖRNER die theoretischen Differenzen überzeugend auf die gesellschaftliche Entwicklung und deren unterschiedliche Geschwindigkeit in diesen Ländern beziehen.

dieser isolierten Verhaltensreihe werden Gesetzmäßigkeiten abgeleitet. Zum Substrat dieser Gesetzmäßigkeiten werden dann im Individuum liegende psychische Strukturen eingeführt." (KEUPP a. a. O. S. 26)

So wird z. B. in der psychoanalytischen Neurosenlehre ein aktueller Konflikt, eine soziale Situation, nur als Auslöser für einen bereits vollständig vorhandenen Konflikt bewertet und somit die Aufmerksamkeit des Therapeuten und des Patienten von den "Verhaltensdeterminanten der sozialen Umwelt" abgelenkt. Versucht der Patient den sozialen Bezug wieder herzustellen, so kann das als Abwehrmechanismus gedeutet werden; "Widerstände" heißen jene Versuche des Patienten, sich dem Zwang der isolierten Pathologiekonzeption seines Therapeuten zu entziehen. ¹⁾

Die Beschreibung der Phasen einer "Entwicklung", die ein Individuum durchlaufen muß, das einmal für psychisch krank erklärt worden ist, werden oft als "Karriere" ²⁾ dargestellt; diese läßt sich idealtypisch in drei Stufen gliedern:

1. Vor dem Zeitpunkt, an dem sich Individuen in Behandlung begeben, liegt eine Zeitspanne, in der sie meist von ihrer engeren Umgebung als psychisch krank erkannt und etikettiert werden. Die Einstufung als "psychisch krank" ruft im Gegensatz zu "körperlich krank" weniger Mitleid und Hilfsbereitschaft etc. hervor, sondern hat, wie viele Untersuchungen gezeigt haben, einen stigmatisierenden Charakter. ³⁾

SARBIN (1969) beschreibt dies so: "Persons who are labelled mentally ill are not regarded as merely sick, but are regarded as a special class of beings, to be feared of or scorned, sometimes to be pitied but nearly always to be degraded. . . (SARBIN, a. a. O. S. 20)

-
- 1) Ein Beispiel für den empfundenen Zwang in der Psychotherapie: die von J. P. SARTRE (1909) veröffentlichte: "Der Narr mit dem Tonband oder die psychoanalytisierte Psychoanalyse".
- 2) Der Begriff kommt aus der Schule des "Symbolic interactionism" und wurde im klinischen Bereich wahrscheinlich erstmals von O. HALL verwandt: The stages of a medical career. (1948) Seine heutige Popularität verdankt der Karrierebegriff vor allem H. S. BECKER und E. GOFFMANN. (n. KEUPP S. 41)
- 3) J. C. NUNNALLY (1961): Popular conceptions of mental health.
E. CUMMING & I. CUMMING (1962): Ego and milieu.
S. WIESER (1969): Devianz und informelle Sanktionen bei psychisch Kranken.
M. JAECKEL & S. WIESER (1970): Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit.
E. GOFFMANN (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.

2. In der Behandlungsphase selbst, vor allem in der institutionellen Form von Nervenkrankenhäusern, Irrenanstalten, Heilanstalten werden sie in den medizinischen Kompetenzbereich aufgenommen. "Die medizinische Methapher (= Diagnose) verschleiern, daß hier soziale Probleme medizinisch verwaltet werden und daß psychiatrische Kliniken die Funktion sozialer Kontrolle abweichender Verhaltensweisen zu erfüllen haben (KEUPP a.a.O. S. 28). ¹⁾ Das medizinische Ethos schützt den einzelnen Arzt davor, diese Funktion zu erkennen. Die Situation in einer solchen "totalen Institution", wo die Insassen gesellschaftlich fast vollständig isoliert sind, schafft ein besonderes Lernmilieu; das Individuum, vom sozialen Kontext befreit, hat zu lernen, daß seine Probleme Symptome einer in ihm selbst liegenden Krankheit sind.

3. In der Phase nach der Behandlung wirkt sich das Stigma besonders stark aus. "Eine stigmatisierte Person läßt sich kennzeichnen durch ihre stark beschädigte Identität, sich äußern in der Unsicherheit des Betroffenen darüber, wie er wohl von "Normalen" wahrgenommen wird. (KEUPP a.a.O. S. 30)" ²⁾ Es ist vor allem bedeutsam, daß es keine eindeutigen Kriterien für die Beendigung des Zustandes "psychisch krank" gibt.

"A person diagnosed as mentally ill... is stigmatized. Although cured of the behavior that initiated the sequence of social and political acts that resulted in his being classified as mentally ill, his public will not usually accept such cures as permanent" (T. R. SARBIN a.a.O. S. 20). ³⁾

Zusammenfassend machte, nach Meinung des Autors, die Diskussion der Dialektik von Theorie und Praxis des sog. "medizinischen Modells" in der Psychopathologie folgende soziale Implikationen deutlich:

"1. Die aus dem "medizinischen Modell" abgeleitete therapeutische Praxis tendiert dazu, das Individuum und sein Problemverhalten aus dem sozialen Kontext, in dem dieses Verhalten entstanden ist und funktionelle Bedeutung hat, auszublenden.

2. Die psychiatrische Praxis weist Grundzüge rigoroser sozialer Kontrolle und Machtausübung auf, die für das betroffene Individuum einschneidend sind und teilweise irreversible gesellschaftliche Konsequenzen hat." (KEUPP a.a.O. S. 32)

-
- 1) extremes Beispiel: die Anstaltseinweisungen oppositioneller Intellektueller i. d. Sowjetunion (Opposition. Eine neue Geisteskrankheit i. d. Sowjetunion? Eine Dokumentation von W. BUKOWSKI).
 - 2) s. a. E. GOFFMANN (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. CUMMING I. u. CUMMING E. (1965): On the stigma of mental illness.
 - 3) prominentes Beispiel dafür ist der Rückschlag, den Senator EAGLETON bei der Kandidatur zum Vizepräsidenten der Demokratischen Partei (in der US-Präsidentenwahl) erlitt, als eine Jahre zurückliegende (erfolgreiche) psychiatrische Behandlung bekannt geworden war.

Ein umfassender sozialpsychologischer Ansatz zu Untersuchung der Soziogenese des abweichenden Verhaltens, ¹⁾ zu denen der Autor mit Akribie Fakten, Meinungen und Elaborationshinweise zusammentrug, soll hier nicht in allen Einzelheiten behandelt werden. Eines der referierten Konzepte soll als Beispiel etwas genauer betrachtet werden. THOMAS J. SCHEFF ²⁾ beleuchtet darin vor allem den Prozeß der Stabilisierung einer "primären Abweichung" zu "abweichendem Verhalten", zu einer "Rolle" in einem sozialen System. Neben der Unterscheidung von "Regelverletzung" (nicht jede ist eine "Abweichung") und "Abweichung" (abweichende Handlungen, wie Eigentumsdelikte etc. schließen jedoch eine "Regelverletzung" ein), trifft SCHEFF noch eine andere, nämlich jene Regelverletzungen, für die kulturell spezifizierte Kategorien nicht vorhanden sind, die nicht zu verletzen, quasi als "Selbstverständlichkeit" gilt. SCHEFF bezeichnet sie als "residual rule-breaking". Den Veränderungsprozeß von primärer residualer Abweichung bis hin zum "askribierten Status psychischer Krankheit" stellt SCHEFF in einem Fluß-Diagramm dar:

1) Heinrich KEUPP "Psychische Störungen als abweichendes Verhalten". Zur soziogenese psychischer Störungen", 1972.

2) Thomas J. SCHEFF: Being mentally ill: a sociological theory. Chikago 1966, zit. n. KEUPP. Die Analyseebene ist explizit das soziale System.

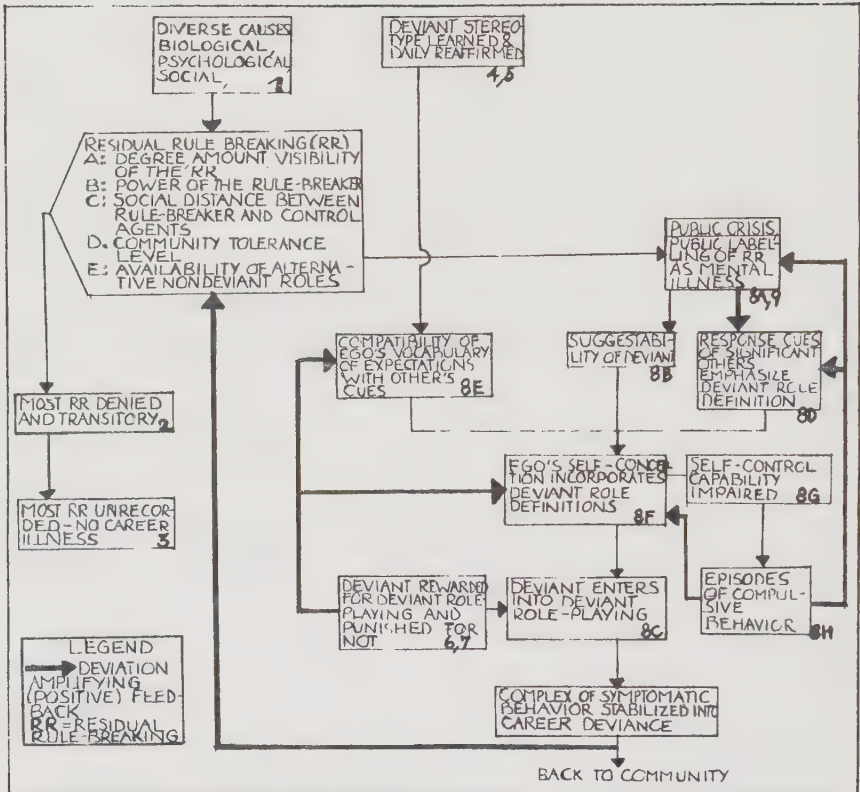


ABB. 4 STABILISIERUNG VON ABWEICHUNG IN EINEM SOZIALEN SYSTEM (FLIESSDIAGRAMM). AUS T. J. SCHEFF (1966 S. 100) ZIT. N. KEUPP

SCHEFF stellt dazu neun Hypothesen ("propositions") auf (zit. n. KEUPP):

P1: residuale Regelverletzungen entstehen aus fundamental unterschiedlichen Quellen (genetische, biochemische, physiologische Faktoren, individuelle Eigenarten, spezifischen Sozialisationsmuster; äußere Stressfaktoren in kaum zu begrenzender Vielzahl.

P2: Im Verhältnis zur Rate behandelter psychischer Störungen ist die Häufigkeit nicht erfasster residualer Abweichung extrem hoch. (Auch stark abweichendes Verhalten wird oft nicht als solches bemerkt, ignoriert oder rationalisiert.)

P3: Residuale Abweichung wird meistens "verleugnet" (denied) und ist transitorisch. LEMERT nennt dies "primäre Abweichung", M. BALINT "unorganisierte Krankheitsphase". Auch Kinder durchlaufen Perioden von abweichendem Verhalten: Wutausbrüche, den Kopf gegen die Wand schlagen, Kratzen, Beißen, "vorge-täuschte" körperliche Beschwerden, Angst vor Geräuschen, Farben, Gestalten, Menschen, Tieren, Dunkelheit, Wetter, Geister etc.

Wenn also abweichendes Verhalten unter den sog. normalen Menschen so häufig und transitorisch ist, stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen wird eine residuale Abweichung stabil? Um diese Frage zu beantworten, muß das Rollenstereotyp ¹⁾ "psychisch Kranker", näher beleuchtet werden das in einer Gesellschaft vorherrscht; und ebenso auf welche Weise dieses Erwartungen und Meinungen prägen kann, die Gesellschaftsmitglieder gegenüber Kranken zeigen. Dazu SCHEFF:

P4: Stereotypisierte Bilder von psychischen Störungen werden ab der frühen Kindheit gelernt. ("blöd", "irre", "verrückt", "krank". Die stereotypen Bilder finden in der öffentlichen Meinung, den Kommunikationsmitteln in Form von Witzen, Anekdoten und konventionellen Redewendungen ihre dauernden Bestätigungen.)

P5: Die Stereotype über psychische Krankheit werden in den alltäglichen sozialen Interaktionen unabsichtlich laufend verstärkt. (In den Zeitungen ist es z. B. üblich, zu erwähnen, daß ein Mörder schon einmal in einer Nervenklinik war, etc.) ²⁾

Es sieht so aus, als ob eine primäre (meist transitorische) Abweichung von dem Zeitpunkt, an dem sie mit solch einem Stereotyp "etikettiert" worden ist, eine andere Entwicklung nimmt. Zur Abfolge dieses Vorgangs, GOFFMAN nennt ihn

1) zit. n. KEUPP S. 144 u. 146.

2) s. a. JAECKEL & WIESER

"discrediting", GARFINKEL "degradation ceremony", SCHEFF "labeling" = Etikettierung, stellt SCHEFF die folgenden drei Hypothesen auf; sie benennen einige Prozesse, die das Individuum mit abweichendem Verhalten dazu bewegen, solch stigmatisierende Rolle zu spielen.

P6: Individuen, die das Etikett "abweichend" erhielten, werden dafür verstärkt, daß sie die stereotypisierte abweichende Rolle spielen ("Krankheitseinsicht" bestätigt implizit die Diagnose und wird von Therapeuten positiv bewertet.)

P7: Individuen, die das Etikett "abweichend" erhielten, werden "bestraft", wenn sie versuchen, zu konventionellen Rollen zurückzukehren. (Diese Bestrafung erfolgt in Form einer Diskriminierung im beruflichen, ehelichen, familiären und sozialen Bereich.)

P8: In der Krisensituation, die dann eintritt, wenn eine primäre Abweichung ein offizielles Etikett erhält, ist das betreffende Individuum stark suggestibel und wird die angebotene Krankenrolle als für ihn einzig mögliche Alternative akzeptieren.

P9: Für Personen, die residuale Regeln verletzt haben, ist Etikettierung die wichtigste Ursache, die eine abweichende Karriere einleitet.

SCHEFF macht in seinen Hypothesen keine Aussagen über die Bedingungen des Filterprozesses, nach denen aus der großen Zahl von "primären" Regelverletzungen ein kleiner Teil zu "sekundärer" Abweichung stabilisiert werden. In dem zitierten Fließdiagramm werden aber einige solche Kontingenzen genannt, die die soziale Kontrolle beeinflussen. Er betont aber, daß diese nur in dem dynamischen System kausale Bedeutung haben:

"A: Grad, Ausmaß und Sichtbarkeit der Regelverletzung,

B: Machtposition der Person, die sich der Regelverletzung schuldig macht.

C: Soziale Distanz zwischen den Abweichenden und den Agenten der sozialen Kontrolle.

D: Toleranzbreite des Sozialsystems.

E: Verfügbarkeit von alternativen, nicht abweichenden Rollen." (zit. n. KEUPP 1972 a, S. 181)

Eine Kritik an diesem Ansatz müßte vier Punkte ansprechen:

1. Die starke Vernachlässigung des subjektiven Anteils am Entstehen primärer Abweichungen (Im Diagramm unter 1).
2. Die fehlende, genauere Definition des Begriffs "soziale Kontrolle". Wir stimmen mit KEUPP überein, daß erst eine weite Fassung des Begriffs, die das ganze Kontinuum von informellem Reaktionsmuster bis zu formellen, institutionalisierten

sierten Sanktionen umgreift, dem Begriff das Odium des allzuthoretischen Konstrukts zu nehmen vermag.

3. Es entsteht ein Eindruck von Unausweichlichkeit, von der absoluten Unmöglichkeit einer "Verweigerung der Krankenrolle". Man sollte sich deshalb daran erinnern, daß neben dem Reaktions- auch ein Aktionsanteil besteht. GOFFMAN hat sehr illustrativ gezeigt, wie sitgmatisierte Individuen mit ihrem Stigma umgehen können, ohne völlig darin aufzugehen. Eine Antizipation von Kontrollreaktionen ermöglicht es, den davon bedrohten Individuen ihr offenes Verhalten regelkonform zu organisieren.

4. Vernachlässigt wurde auch die Möglichkeit, daß die Rolle des Kranken eine Entbindung von der Handlungsverantwortlichkeit (d. h. allen anderen sozialen Rollenerwartungen) mit einschließen kann und also zu einem vom Individuum gewählten Fluchtweg in die Krankenrolle bzw. in die Krankheit dienen kann, als Ausweg aus einer unlösbaren Situation.

Wenn man von der gesicherten Tatsache ausgeht, daß die gleiche Handlung nicht bei allen Mitgliedern einer Gesellschaft nicht in allen Gesellschaften und nicht zu allen Zeiten gleich negativ sanktioniert wird, dann stellt sich die Frage, nach den Unterschieden der Auslösemechanismen und ihrer Stärke. Hier stoßen wir auf die wenig aussagekräftige Formel von der "Toleranzgrenze" einer Gemeinschaft. K. T. ERIKSON hat sich mit diesem Problem im Anschluß an die Gedankengänge von E. DURCKHEIM und G. H. MEAD damit befaßt. Diese sehen "Abweichung" auch positiv, und zwar als Förderung der Gruppenkohäsion dadurch, daß die gemeinsame Ablehnung abweichenden Verhaltens durch negative Sanktionen zugleich die Gruppennormen positiv verstärkt. Abweichungen "dienen der kulturellen Wirklichkeit einer gesellschaftlichen Gruppe als begrenzender Rand" (FOUCAULT 1968, S. 96). Genauerer Untersuchungen über die historische Bezogenheit und den Wandel, denen die Handlungsnormen von Kontrollinstanzen unterliegen, ist noch ein weites Arbeitsfeld offen.

Einen konkreten Bezug zum "Hysterieproblem" gibt uns ein Hinweis von FOUCAULT: es ist einsehbar, daß eine Kultur, die Entwicklung und Kindheit nur als etwas Überwundenes in das spätere Leben integrieren kann, eine Störung ihres Ablaufs oder ein Wiederauftreten infantiler Verhaltensweisen oder archaischer Formen der Persönlichkeit als Wesen und Ursprung des Pathologischen begreift (a.a.O. S. 122).

2.6.3. Das bedeutet, daß wir noch einen kurzen Blick auf den "subjektiven Anteil" an der Entstehung sozialen Rollenverhaltens überhaupt werfen sollten, da die im vorigen betrachtete Konstituierung der Rolle "abweichenden Verhaltens" gewissermaßen nur den Endpunkt einer Entwicklung vorwegnimmt. Das Verhalten ist in zweifacher Weise sozialdeterminiert: einmal ist die Persönlichkeitsentwicklung sozial geprägt, zum anderen sind es die von außen kommenden Rollennormen in der jeweiligen sozialen Situation; beide Linien konvergieren in den sog. "sozialen Rollen". Die Frage nach der Soziogenese der Störungen des Rollenverhaltens ¹⁾ schließt nicht automatisch die Diskussion mit ein, ob ein bestimmtes Verhalten in einer Gesellschaft als abweichend gilt: vielmehr geht es hierbei um die strukturelle Analyse des Rollenverhaltens.

Die in einer Gesellschaft vorherrschenden Konformitätsmodi des Verhaltens und die für sie bezeichnenden Verhaltensstörungen können sowohl phylogenetisch (für die Sozietät) als auch ontogenetisch erklärt werden; die ontogenetische Analyse auf der sozialen Ebene muß immer wieder die Lernmilieus untersuchen, in denen die Ichidentität ²⁾ und die Bedürfnisintegration und damit das Sozialisationsmuster des Individuums geprägt werden. Entsprechend den Phasen der Identitätsbildung kann man in allen etwa gleich entwickelten, individuell differenzierten Gesellschaften eine generell typische Reihenfolge von Lernmilieus beobachten:

"Zunächst das soziokulturelle Lernmilieu der engeren Familie, dann das Lernmilieu der Großfamilie bzw. des Kindergartens, der Volksschule und der Nachbarschaft, anschließend das adoleszente Lernmilieu der Gleichaltrigen, der "peers", und endlich das Lernmilieu des Berufes, der Freizeitosphäre und der eigenen Familie. Jedes Lernmilieu hat eine bestimmte Funktion für den Erwerb einer Grammatik des Verhaltens, für die Rollenidentifikation und für die Integration der Bedürfnisse." (DREITZEL a. a. O. S. 261)

Dieser Sozialisierungsprozess muß also in Hinblick auf das Rollenverhalten sowohl die Affektintegration in das Rollenspiel als auch den Aufbau der Identität zur Wege bringen. DREITZEL ordnet so jeder der sieben Stufen der Entwicklung der Ichidentität eine jeweilige Aufgabe der Bedürfnisintegration und Affektkontrolle zu.

1) s. H. P. DREITZEL, die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Kap. V. Rollensystem und Bedürfnisstruktur - Zur Soziogenese der Verhaltensstörungen S. 222 ff.

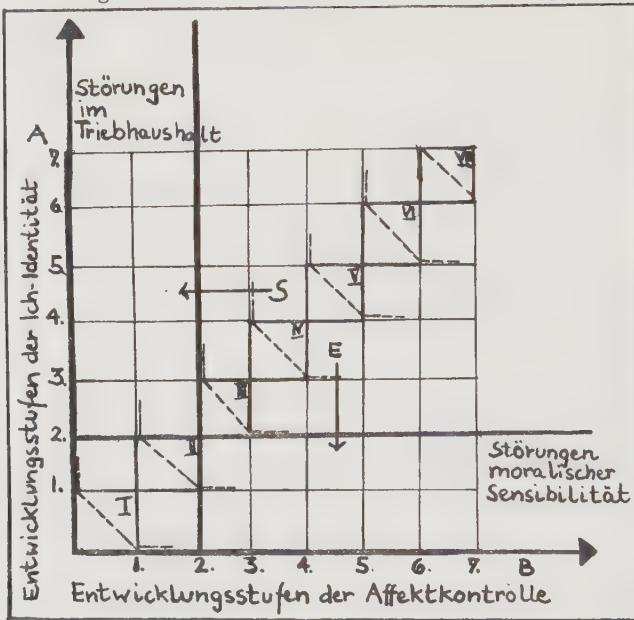
2) ERIK H. ERIKSON hat in "Identität und Lebenszyklus" (Frankfurt 1966) und "Kindheit und Gesellschaft" (Stuttgart 1957) die Entwicklungsstadien der Ich-Identität ausführlich untersucht.

A	B
Entwicklungsstufen der Ich-Identität und ihrer Integrationsfunktion:	Entwicklungsstufen der Bedürfnis- integration und der Affektkontrolle:
1. Reziprozität der Perspektiven Ich-Bewußtsein (Kleinstkind)	1. Strukturierung der Triebe;
2. Reziprozitätsnorm; (sog. ödipale Phase)	2. Introjektions- und Projektions- möglichkeiten der Affekte; Geschlechtsidentität
3. Internalisierung allgemeiner Normen; "Über-Ich" Bildung; Loyalität und Disziplin gegenüber Mitspielern; (sog. ödipale Phase)	3. Selbstkontrolle = Innere Affekt- Kontrolle
4. Inszenierungstechniken des (Latenz) Verhaltens; Vielseitige Antizipa- torische Rollenidentifikationen	4. Antizipation emotionaler Gratifikationen im Rollenspiel
5. Ich-Identität; (Adoleszenz)	5. Ausbildung individueller Bedürf- nisse; Gleichgewicht im Affekt- haushalt
6. Rollenidentitäten (Übergang zum Erwach-	6. Integration individueller Bedürf- nisse in Rolleninteressen;
7. Rollenhaushalt senenalter)	7. Kompensationen

TABELLE: zit. n. DREITZEL a. a. O. S. 263 (leicht modifiziert)

Aus der Zusammensicht beider Entwicklungsstufen entwickelt der Autor ein sozio-genetisches Schema der Verhaltensstörungen, daß nicht die Verhaltensstörung selbst, sondern deren genetischen Ursprung, nämlich "die defizienten Formen der Ich-Identität und der Affektkontrolle" aufzeigt.

Soziogenetisches Schema der Verhaltensstörungen



"Die arabischen Zahlen 1. bis 7. geben die Stufen der Aufgabenbewältigung im Sozialisationsprozeß an; die römischen Zahlen I. - VII. geben die soziogenetische Stellung der typischen Verhaltensstörungen an; die gestrichelten Linien weisen auf die Möglichkeit einer unvollkommenen Bewältigung der Aufgaben einer Entwicklungsstufe hin und auf die Richtung in der die entsprechenden Verhaltensstörungen bei einem ungleichmäßigen Zurückbleiben einzuordnen wären". (zit. n. DREITZEL a. a. O. S. 264)

In der folgenden Tabelle gibt der Autor die zu den Feldern I bis VII gehörigen Störungen systematisch an, die sich auf den personalen Hintergrund beziehen. In den Klammern sind die entsprechenden Störungen des Rollenverhaltens selbst kurz angedeutet; sie sind "die Schwächen der Verhaltensinszenierung, die uns als Symptome gelten für ein Steckenbleiben der personalen Entwicklung auf einer bestimmten Stufe des Sozialisationsprozesses". (a. a. O. S. 266)

-
- I. Störungen der Exzentrizität (bestimmte Formen des Schwachsinn?)
 - II. Störungen der Personifikationsmöglichkeit (bestimmte Formen der Schizophrenie?)
 - III. Störungen im Aufbau der soziokulturellen Persönlichkeit (schwere Neurosen)
 - IV. Störungen der Möglichkeiten zur Verhaltensinszenierung (beschränkter Verhaltensradius durch das Lernmilieu einer relativen Deprivationslage)
 - V. Störungen der Ich-Identität (Identitätsdiffusion: Störungen im Gleichgewicht zwischen Distanz und Engagement bei den Ich-Leistungen)
 - VI. Störungen der Bedürfnis- und Affektintegration (Aggressive Durchbrüche aufgrund von Frustrationserlebnissen)
 - VII. Störungen des Gleichgewichts im Rollenhaushalt (Aufblähen einer bestimmten Rollenidentität).
-

(zit. n. DREITZEL a.a.O. S. 265)

Die "primären Störungen" ¹⁾ unter I und II gehen auf die primäre Sozialisationsphase zurück und machen ein Rollenspiel überhaupt unmöglich; ²⁾ bzw.: wenn sie ungleichgewichtig sind, erlauben sie noch gewisse soziale Rollen (ihren Ort im obigen Schema bezeichnen die übrigen Felder, die nach oben und rechts anschließend ebenfalls durch dicke Linien abgegrenzt sind).

Zwei Beispiele aus dem verbleibenden Bereich der "sekundären Störungen" seien aufgeführt: In beiden Fällen ist die normalerweise in die Adoleszenzzeit fallende fünfte Entwicklungsstufe nicht oder noch nicht bewältigt worden. In dem mit S bezeichneten Feld wären jene Störungen einzuordnen, die sich an einer mangelnden Integration von Sexualität und erotischer Emotionalität zeigen, also an einer relativ hemmungslosen sexuellen Triebbefriedigung ohne emotionale Gratifikationen und die entsprechenden sympathetischen Gefühle: Die Inszenierungstechniken des Verhaltens sind erlernt, und antizipatorische Rollenidentifikationen sind vorhanden (= Stufe A 4 ist bewältigt), die Ich-Identität ist dagegen noch diffus (= Stufe A 5 ist erst halbwegs bewältigt);

- 1) die Unterscheidung in primäre und sekundäre Verhaltensstörungen darf nicht verwechselt werden mit der Unterscheidung von primären und sekundären Abweichungen von E.M. LEMERT (1951, 1967) bzw. von SCHEFF (19) s.w.o.
- 2) Auf dem Schema sind das die vier Felder links in der Ecke, die von dicken Linien eingegrenzt sind.

auf der anderen Seite ist zwar die Affektkontrolle einigermaßen gewährleistet (= Stufe B 3 ist bewältigt), aber die Antizipation emotionaler Gratifikationen im Rollenspiel gelingt nicht (= Stufe B 4 ist nicht bewältigt). Der Pfeil deutet in die Richtung, in der die schärferen Formen dieser Störung zu suchen sind: Bei gleichbleibender Identitätsentwicklung versagt als nächstes auch die Affektkontrolle (= Stufe B 3 nicht bewältigt), und schließlich fehlen sogar die Introjektions- und Projektionsmöglichkeiten der Affekte, und die eigene Geschlechtsidentität wird unsicher (= Stufe B 2 nicht bewältigt) - ein solcher Mensch "wird zu unkontrollierten Aggressionen neigen, auch in sexuellen Zusammenhängen. -

"Nun zum zweiten Beispiel. Auf dem mit E gekennzeichneten Feld wären Störungen einzuordnen, die sich in einer Überbetonung der expressiven Seite des Verhaltens in einer geschlechtsspezifischen Rolle ausdrücken: Auf der Seite der Ich-Identität fehlen auch die Inszenierungstechniken des Verhaltens (gegenüber dem anderen Geschlecht), und die antizipatorischen Rollenidentifikationen in diesem Relevanzbereich reichen nicht aus (= Stufe A 4 noch nicht bewältigt); auf der Seite der Bedürfnisintegration ist die Affektkontrolle gewährleistet (= Stufe B 3 bewältigt), und die Antizipation emotionaler Gratifikationen im Rollenspiel hat eine große Bedeutung (= Stufe B 4 ebenfalls bewältigt). Die Überbetonung der expressiven Seite des Verhaltens in geschlechtsspezifischen Rollen führt "zu einem ausdrucksstarken Pseudoverhalten (weiblicher oder männlicher Natur).

Man erinnere sich an die Beschreibung stark seduktiver Verhaltensweisen ohne tatsächlich sexuelles Interesse, die bei "hysterischen" Patientinnen beschrieben worden sind. Der Pfeil bei E weist auf diejenigen Felder hin, in denen verstärkte Störungen gleicher Art aufzusuchen wären: Das expressive Verhalten geht in außer-Normen-Stehendes über (Subkulturelles oder Kriminelles), wenn die Internalisierung der Normen nicht gelungen ist (= Stufe A 3 nicht bewältigt); es kann schließlich asozial werden, wenn es auch gegenüber den Mitgliedern und Mitspielern (z. B. der subkulturellen Gruppe) die Reziprozitätsnorm nicht mehr beachtet (= Stufe A 2 nicht bewältigt). (Zitiert und leicht modifiziert nach DREITZEL S. 266 - 67).

Man darf aber nicht vergessen, daß stets die Möglichkeit von Regressionen bleibt. Es müssen keineswegs die genetisch zu den personalen Entwicklungsphasen (und Sozialisierungsprozessen) gehörigen Störungen auch zu den biographischen Zeitpunkten der Sozialisierungsphasen auftreten. Viele derartige nicht oder nur teilweise gelöste Probleme können das ganze Leben mitgeschleppt werden und bei entsprechender auslösender Situation zur Ursache von Verhaltensstörungen werden. DREITZEL zeigte in dem Schema also nur den soziogenetischen Ort einer Verhaltensstörung, nicht den biographischen Zeitpunkt ihres Auftretens. Auch schon bewältigte Stufen der personalen Entwicklung können unter entsprechendem "totalen" oder ambivalentem Druck wieder verloren gehen. Denn sowohl unter den

zahlreichen Streßsituationen des modernen Alltags wie auch unter den spezifischen heutigen Möglichkeiten psychischer Gewalt haben sich Affektkontrolle und Ich-Identität als wenig stabil gezeigt. Wie weit allerdings bei den anscheinend "unvermeidlichen" Verhaltensstörungen die Regression zurückschreitet, scheint eine Frage der mehr oder weniger gelungenen Sozialisation zu sein.

Hiermit scheint sich der Kreis geschlossen zu haben und wir sind - auf anderer Ebene - wieder bei unserem Ausgangspunkt, den ätiologischen Ausführungen KRETSCHMERS zum Retardierungsproblem angelangt. Nunmehr scheint uns die Forderung wohlfundiert, in dem Versuch, das Hysterieproblem zu lokalisieren, neben den individuellen somatischen und psychopathologischen Aspekten vor allem auch soziopathologische Überlegungen mit einzubeziehen.

2.6.4. Ein tiefenpsychologischer Beitrag zur Soziogenese der Rollenpathologie.

Abschließend verdienen die Ansätze zu Verhaltens- bzw. Rollen- und Kommunikationsstörungen unsere Aufmerksamkeit, die auf soziokultureller Ebene liegen. Die kreativsten Hinweise hierfür lassen sich, wie es uns scheint, aus den Forschungen ERICH NEUMANNs ziehen. ¹⁾ Er betrachtet vor allem die uns rückwärtsbindende, kulturell geprägte "phylogenetische" Bewußtseinsentwicklung (in mythologischen Stadien nachgezeichnet) und spürt ihre verschiedenen, archetypischen Stadien, gewissermaßen als "Rekapitulation", in der "ontogenetischen" Bewußtseinsentwicklung des Individuums wieder auf.

Da es auf vielen Ebenen deutlich geworden ist, daß entscheidende Entstehungsbedingungen für die hier zur Diskussion stehenden Störungen im patriarchalisch-kulturellen Bereich zu suchen sind, werden wir uns nun (geführt von ERICH NEUMANN ²⁾) mit den Aspekten der Analytischen Psychologie zum "patriarchalischen Kulturkanon", speziell in Bezug auf "das Weibliche" und deren Auswirkungen, befassen.

Nach dem, was wir weiter oben über die spezifischen Rollenerwartungen gesagt haben, die in unserer patriarchalisch orientierten Gesellschaft an die Frau gerichtet werden, und a priori eine abwertende geringschätzende Tendenz haben, ist es

1) Näheres s. E. NEUMANN, Entwicklungsgeschichte des Bewußtseins. (Rascher) Zürich 1949.

2) E. NEUMANN: Zur Psychologie des Weiblichen. (Kindler tb) München.
E. NEUMANN: Die große Mutter.

eindeutig, daß diese grundlegende Unterprivilegierung vielfältige Ansätze zu Fehlhaltungen und Konflikten bietet, bzw. differenzierte Entwicklungen erschwert, wenn nicht verhindert. Denn psychologisch gesprochen verharret im Patriarchat "das Weibliche" in einer Form des Schutzpatriarchats und der "Tochterpsychologie" (ERICH NEUMANN Zur Psychologie des Weiblichen, S. 34). Es bleibt dem Mann, der die Projektion des Vaterarchetyps trägt, unterlegen, weil dem Weiblichen die Projektion des "Infantil-Töchterlichen" zugeordnet wurde und wird. Die erzwungene "Patriarchatssymbiose" bringt für das Weibliche eine der Gefahren der Phase des patriarchalen Uroboros ¹⁾ mit sich: das Männliche als den "faszinierenden Geistvater", der das Weibliche als seine Ewige Tochter, als "Jungfrau, Nonne, Genius, Engel, Prophetin" sich schafft und festhält. Diese Konstellation, die "rauschbringende Komponente der Beziehung des kleinen Weiblichen zum großen Männlichen", verhindert eine Überwindung der Infantilität und Töchterlichkeit. Zum anderen führt diese "Geisthörigkeit" zu einer Abspaltung von der eigenen positiven Verbundenheit an den Archetyp der Großen Mutter ²⁾ (= die mütterlich-fruchtbaren Züge der weiblichen Natur) und damit zu einer Selbstentfremdung und "den typischen Symptomen der Hysterie der Körperentfremdung, ja der Sterilität" (a. a. O. S. 25).

Mit anderen Worten wird das Töchterlich-Weibliche zum Opfer seiner, ihm eigentümlichen Neigung zu Beziehungen durch Identifizierung (gemäß seiner Urerfahrung des Mütterlichen als Weiblichem, also Identischen); denn indem es sich mit dem Übersönlich-Männlichen, dem Archetyp des patriarchalen Uroboros identifiziert, entäußert es sich m. E. seiner eigenen Natur und - da beides, das Weibliche und das Männliche, in seiner Psyche lebendig sind - gelangt es zu keiner eigenständigen, ebenmäßigen Persönlichkeitsentwicklung.

Während Kommunikation "im Gegenüber" eine individuelle und kulturelle Form der Beziehung ist, verweisen die "naturhaften Identifizierungsbeziehungen des Weiblichen" (a. a. O. S. 14) (von der Urbeziehung zur Mutter abgeleitet), auf jene chronologisch und entwicklungsmäßig frühe Phase der "Selbstbewahrung", in der das weibliche Ich mit dem mütterlichen Unbewußten und Selbst verbunden bleibt (charakterisiert durch die symbolische Beziehung von Demeter und Kore, deren mythologische Bedeutung von C. G. JUNG und K. KERENYI deutlich gemacht wurde) (a. a. O. S. 15). Soziologisch würde dieser Phase ein matriarchalischer

1) s. Entwicklungsgeschichte d. B.;

2) s. wie 1) und s. Die große Mutter (1956).

Kulturkanon entsprechen; d. h. die Frauengruppe, der Mutter-Clan, bestimmt soziologisch und psychologisch die Kontinuität. "Dieser Einheit mit dem Weiblichen und der Nähe zu ihm entspricht eine Abspaltung vom Männlichen und eine Fremdheit ihm gegenüber." (a. a. O. S. 15) Tatsächlich ist es auch der exogame Bruder, der die Rolle der geistigen Autorität und die männliche Führung übernimmt; wohingegen der Mann aus dem fremden Clan, zu dem die sexuelle Beziehung besteht, in der Frauengruppe ein Fremder bleibt und ziemlich recht- und machtlos ist. ¹⁾ Psychologisch wird in der archetypischen Phase der Selbstbewahrung die individuelle und vollständige Begegnung zwischen Weiblichem und Männlichem verhindert. Obwohl diese Phase im Sinne der Lebenserhaltung positiv zu werten ist, hat sie negative Bedeutung im Bezug auf die individuelle Bewußtseinsentwicklung.

Daß diese Phasen nicht abstrakt und historisch sind, dafür spricht z. B. das Vorhandensein von Bruchstücken der matriarchalen Psychologie auch in einer abendländischen Patriarchatsehe, in Gestalt der "Schwiegermutter", der Mutter der Frau. Sie kann in einer anscheinend patriarchalen Familie die (Ehe-) Frau und damit alle anderen Familienmitglieder beherrschen.

Die negativen Seiten dieser eben besprochenen Phase können mit einer großen Anzahl von Ehestörungen oder allgemeinen Kommunikationsstörungen zwischen Weiblichem und Männlichem in Zusammenhang gebracht werden. Ihr Kernpunkt ist eine Mannfremdheit (bzw. -feindlichkeit), die eine echte innere Beziehung zum Mann unmöglich macht.

Eine weitere Ausprägungsmöglichkeit dieser eingeeengten Beziehung zum Männlichen (die auch in dieser Phase ihre Wurzeln hat) ist eine auf das nur-sexuelle beschränkte Kommunikation, die ihr Vorbild in der Betonung des Männlichen als Nur-phallischem in der Matriarchatsordnung hat. Zu ihr gehört eine "amazonische" Psychologie. Das männliche wird hier als teils Feindliches, teils ganz Anderes erlebt. So ist es auch verständlich, daß es zu den negativen Auswirkungen dieser Matriarchatsphase gehört, daß das Männliche, auf ein Sadistisches reduziert erfahren wird und das Weibliche sich als masochistisch Leidendes erlebt. Dieser "masochistische" Zug wird aber verständlicherweise erst in der nächsten Entwicklungsphase, in der der Archetyp des Großen Vaters hervortritt, verstärkt sichtbar wird, wo das Männliche dem Weiblichen nicht mehr ein- und untergeordnet ist.

¹⁾ in die gleiche Richtung weist das "Schwiegermuttertabu", die angstvolle Meidung der Mutter der Frau durch den Mann (a. a. O. S. 16)

"Die negativen Folgen des Patriarchats für das Weibliche bilden so einen Circulus vitiosus, in dem das Männliche das Weibliche zwar mit Gewalt auf die Domäne des Nurweiblichen beschränkt, ihm damit aber einen echten Anteil an der patriarchalen Kultur unmöglich macht und es in die Rolle des Zweitrangigen und Minderwertigen drängt."... "Eine derartige Situation muß sich für ein weibliches Kind, das in die patriarchale Wertung und in die eigene Selbstentwertung hineinzuwachsen hat, katastrophal auswirken. Das tägliche Morgengebet des jüdischen Mannes, der Gott dankt, nicht als Frau geschaffen worden zu sein, ebenso wie die auf dem "Penisneid" des Weiblichen aufgebaute Psychologie des Weiblichen bei FREUD sind extreme Äußerungsformen dieser patriarchalen Situation und der Gefährdung des Weiblichen in dieser patriarchalen Kultursymbiose". (a. a. O. S. 33, 34)

Davon ausgehend kann man die Möglichkeiten "psychischer Erkrankung" (im Sinne einer verfehlten Persönlichkeitsentwicklung mit jeweils dazugehörigen Kommunikationsstörungen mit der Umwelt) nach ihrer Struktur in "regressive" und "progressive" einteilen:

1. regressiv meint hier, daß das Weibliche sich dem Funktionieren der Patriarchatsymbiose und damit seiner eigenen Stagnation unterwirft. Damit ist der Weg offen für "Regressionen" in frühere Entwicklungsphasen ¹⁾, quasi als einer Flucht durch die Hintertür (die allerdings vom Regen direkt in die Traufe führt). Denn durch die projektive Verhakung "erzwingt" das Weibliche sozusagen Herrschaft über den "Innenbereich" des Männlichen, welches durch die individuelle innere Abhängigkeit umso stärker die stützende kollektive Patriarchatsideologie benötigt und bejahren muß. Der "circulus vitiosus" mit seinen für beide Teile pathogenen Komponenten bleibt in Schwung.
2. Die "progressiven" Störungen entstehen auch auf dem Boden der Patriarchatsymbiose. Da aber ihre Stoßrichtung primär über sie hinaus zu individuellen Lösungen zielt, besteht sicher ein guter Prozentsatz des als "pathologisch" beurteilten im bloßen Abweichen von kollektiven Lösungen und Normen selbst. Darüber hinaus jedoch sind es auch echte, tiefenpsychologisch verständliche Störungsmöglichkeiten, die beim Versuch, die eigene Persönlichkeitsentwicklung und Kommunikationsfähigkeit voranzutreiben, vor allem für die Frau auftreten müssen (können).

1) Regressionen in vorpatriarchale psychische Phasen:

1. Verstärkung des Mutterarchetyps, im Extremfall herrscht die Schwiegermutter des Mannes
2. Hervortreten des patriarchalen Uroboros:
 - a) äußerliche Rückkehr der Frau zum Bild des realen Vaters, dadurch Unterminierung der Beziehung zum persönlichen Mann
 - b) Projektion der Beziehung auf einen überpersönlichen Inhalt (Sekte, Kreis, "großer Mann"), dadurch ebenso Unterminierung der persönlichen Beziehung.

Die beiden letzten und höchsten Entwicklungsphasen, die Phase der "Begegnung (der Selbsthingabe)" und die Phase der "Individuation (der Selbstfindung)" (a. a. O. S. 47) erfordern beide immer die Überwindung der Patriarchatssymbiose, und jeder Übergang zu einer dieser Phasen kann nur in einem Konflikt erfolgen.

Die "echte" Begegnung erfolgt als Bezogenheit des Weiblichen und Männlichen als Ganzheiten, als bewußte und unbewußte Strukturen. Der Konflikt liegt in der Notwendigkeit für jeden Partner seine Animus- bzw. Animaseite nicht als ein Fremd-Männliches bzw. Fremd-Weibliches, sondern als eigene Natur zu "erleiden" und damit zu erfahren. Nur größtes gegenseitiges Verständnis und Toleranz ermöglichen einen positiven Ausgang dieses Konflikts für beide Partner. Das Zurückbleiben eines Partners ist auch für den anderen fatal. Es ist daher gut verständlich und auch weiterhin konflikträchtig, daß diese Kommunikationsprobleme ganz eng mit der letzten, der Phase der "Individuation, der Entwicklung zur eigenen Ganzheit" (a. a. O. S. 50) verbunden sind

Es ist nicht Aufgabe dieser Arbeit, auf den Individuationsprozeß näher einzugehen, nicht zuletzt deswegen, weil die hier zu untersuchenden Störungen charakteristischerweise den (immaturen, weniger ausgereiften) Entwicklungsstufen zugeordnet sind, wo die Beziehungsunfähigkeit eher ein "Ausweichen in ein neurotisches Phantasiedasein" (a. a. O. S. 52) mit sich bringen kann.

Der Individuationsprozeß mußte uns aber dennoch interessieren, weil in jedem Fall dazu die Mithilfe des Partners unerläßlich ist; nicht nur im Interesse seiner eigenen Selbstfindung, sondern auch besonders der Selbstfindung des Weiblichen und damit auch seiner Entlassung aus den Banden des ewig Zweiten und Minderwertigen.

Die Besonderheiten der speziell weiblichen Problematik dieser Phasen sind gekennzeichnet durch Situationen, in denen die Frau ihren eigenen Weg suchen muß, da ja eine Orientierung an irgendwelchen Kollektivinstanzen (der patriarchalen Wertwelt) nicht mehr möglich ist. Solche "Anpassungsschwierigkeiten" bilden natürlich neue Ansatzpunkte für sog. "neurotische" Störungen. Obwohl die Assimilierung der weiblichen Anima-Seite für den Mann ein entscheidendes Problem seiner Individuation ist, bleibt sie doch für ihn "Privatsache, da unsere patriarchale Kultur die Individuation des Mannes nicht nur nicht fördert, sondern eher sogar ablehnt". (a. a. O. S. 50)

Das ist natürlich anders bei der Assimilierung der männlichen Animusseite der Frau; denn sie wird dann, wenn sie sich an der (patriarchalen) Kultur beteiligen will, von Kind an zur Entwicklung einer "Gegensatzpsyche" angehalten und zugunsten ihrer Bewußtseinsentwicklung zu einer gewissen Selbstentfremdung gedrängt (und damit wird mehr von der Frau verlangt als vom Mann).

Eine ähnlich ungleiche Ausgangslage besteht in Bezug auf das "Gewissen, welches, soweit es durch die Wertungen des patriarchalen Kollektivs gebildet wird, bei der Frau keine volle Resonanz findet, da es als Ausdruck der patriarchalen Kultur oft im Gegensatz zu den Wertungen des weiblichen Selbst steht," (a. a. O. S. 51). So kann sie "den Konflikt zwischen der symbolisch-männlichen Struktur ihres Bewußtseins und ihrer weiblichen Ganzheitsstruktur wie eine Störung erleiden" (a. a. O. S. 51).

Mit diesem letzten Exkurs über die tiefenpsychologisch lokalisierbaren, dennoch soziogenetischen Störungsmöglichkeiten ist die Informationssammlung abgeschlossen. Es scheint uns, daß das Pathologische der Rollen selbst angeklungen ist, und die "größeren Möglichkeiten" der "sozialen Retardierung" für die Frau deutlicher geworden ist.

2.7.1. Ein Resümee der wichtigsten Daten dieser umfangreichen Datensammlung läßt sich wie folgt aufstellen:

1. Organische Pathologie ist nicht nachweisbar. (SLATER u. a.); jedoch in gewissem Umfang als Normvarianten zu betrachtende Konstitutionsanomalien: Somatische Retardierungen und Hinweise auf Infantilismen bzw. Unreife, z. B. auch im EEG. (KRETSCHMER, WINCKLER, KRAEPELIN, BERT et COURJON, RIGOTTI und HANAU).

2. Das klinische Bild ist extrem variabel; "mimikry of diseases" (CHODOFF); "ein Chamäleon, ein Proteus" (SYDENHAM). Das Phänomen entschlüpft immer wieder dem Zugriff, wie die Vielzahl von Bezeichnungen dafür signalisiert. SLATER hält es für "mythical" und für "a disguise for ignorance". Auch die Tendenz Konversionsreaktionen und dissoziative Zustände herauszuschälen zu wollen, bringt nicht viel weiter. In psychoanalytischen Kreisen stiftet die Hysterie einige Verwirrung, weil sie sich nicht auf eine spezifische Dynamik festnageln läßt. Allerdings fehlen in fast keinem "Hysteriekatalog" zumindest einige Züge, die auf Kindlichkeit oder Unreife der psychischen Entwicklung hinwiesen. (RIGOTTI und HANAU, ICD, KRETSCHMER, CHODOFF und LYONS, BERLUCCHI, PETRILOWITCH, SLOTOTOLSKY-DUKUR, LINDBERG u. a. m.)

3. Die Symptome haben auf den Beobachter einen emotionalen Effekt und zwar meist mit einer kritischen-abschätzigen Note (K. SCHNEIDER, BERGER u. a.).

Liegt ein ebenso abwertendes Element nicht auch in der Placierung des Phänomens durch die Psychoanalytiker ganz unten auf der "psychogenetischen Stufenleiter" und auch z. B. in MARMORS Behauptung, daß "Oralität" für Frauen "akzeptierbarer" sei? (BERGER)

4. Immer bestehen Assoziationen mit der Sexualität, wenn auch nicht immer in jener zugespitzt-ironischen Form:

"The hysteric is a young woman who believes:

That God is a daemon

That her father is God

That her husband is her father

And that her son is her husband".

(zit. n. MILLAR, W.M., S. 821)

5. Das Phänomen kommt, nach der festen Meinung der meisten Autoren, hauptsächlich bei Frauen vor (s. Tabelle). Zur kritischen Untersuchung dieser Feststellung haben wir deren assoziatives Umfeld untersucht; und zwar a) die Begründungen, die uns zur Überprüfung der sozialen Rolle der Frau führten, sowohl in unserem wie auch in anderem Gesellschaftssystem (BROVERMAN et al, MEAD, PARIN et al. u. a. m.); b) die Entstehung und die "soziale" Funktion der psychischen Krankheit überhaupt und die Lokalisierung ihres soziogenetischen Ursprungs, c) die Miteinbeziehung der Tatsache, daß hysterische Symptome bei Männern eher dann auftreten, wenn diese sich in einer "abhängigen, unterprivilegierten oder bedrohlichen" Situation befinden (z. B. die Agni, Soldaten im Ersten Weltkrieg).

6. Die Konstitution einer nosologischen Krankheitseinheit "Hysterie" scheint uns gescheitert. Die sogenannte hysterische Reaktion hat sich in die "abnorme Erlebnisreaktion" aufgelöst, die natürlich nach dem von KRETSCHMER beschriebenen "Totstell- oder Bewegungssturm-Muster" als Primitiv-reaktion ablaufen kann und ubiquitär ist.

7. An der Konversionsreaktion, als unspezifischer Abwehrreaktion, ist ihre strukturelle Ähnlichkeit mit den pantomimischen Bewältigungsmechanismen der Kindheit (nach PIAGET) bemerkenswert. Für ihr Entstehen scheinen weniger die Konflikte jener Zeit von Bedeutung, als die Tatsache ihrer damaligen Nichtbewältigung (d. h. auch die Permanenz jener Bewältigungsmodalitäten) und die damit verbundene Verzerrung des Sozialisationsablaufs.

8. Damit klärt sich auch die Frage nach dem Zusammenhang zwischen "hysterischer" Reaktion und "hysterischer" Persönlichkeit. Erstere ist weder kausal mit jener Persönlichkeitskonfiguration verbunden noch kommen beide obligat zusammen vor. Auch die sogenannte "hysterische" Persönlichkeit selbst hat sich keineswegs als klar umrissenes "Persönlichkeitsbild" herausgestellt; vielmehr scheint sie eine Anhäufung von recht willkürlich zusammengestellten, deskriptiven Merkmalen zu sein. Allerdings läßt sich mit dafür offenem Auge durchgehend ein verbindendes Element von Infantilismus ¹⁾, Unreife bzw. Immaturität verfolgen (von KRETSCHMER angefangen).

2.7.2. Aufgrund dieses, wie uns scheint, Strukturelements, soll nun versucht werden, die Umrisse einer Neuorientierung zu zeichnen.

Die Rolle eines möglichen somatischen Anteils haben KRETSCHMER und seine Schule in ihren konstitutionsbiologischen und Mangelentwicklungsstudien untersucht und beschrieben (s. 1.2.1.). Abgesehen von chromosomalen und fetalen Schädigungen wird besonders auf die körperlichen Entwicklungsrückstände hingewiesen, die in und nach der großen biologischen Krise Pubertät zum Tragen kommen.

Besondere, auch diagnostische Bedeutung, kommt jenen sichtbaren und vergleichbaren Rückständen zu, die dem Individuum das Gefühl des Andersseins bzw. der Minderwertigkeit vermitteln: Bei Frauen zum Beispiel Hypoplasien der Mammæ, des Beckens und der Terminalbehaarung, Verspätungen des Menarchetermins, Dysmenorrhöen, und ganz allgemein Behaarungsanomalien ²⁾. Solchen sichtbaren "Anomalien" erwächst natürlich in unserer von so prononcierten Vorstellungen des "Erscheinungsbildes der Weiblichkeit" geprägten öffentlichen Meinung ein fast stigmatisierender Charakter. Man kann eine Vielzahl verschiedener "coping strategies" im Verhalten solcher Frauen erwarten, um einen derartigen Makel zu verbergen.

1) Schon LASEGUE nannte körperliche und seelische Rückstände Erwachsener Infantilismus (zit. n. W. KRETSCHMER; s. a. CURTIUS 1954, DI GASPERO 1908, KRONFELD 1923, HAFFTER 1941, CORBOZ 1967).

2) so z. B. übergreifende Genitalbehaarung, Nabelsymphysenlinienbehaarung, deutl. Peritrichose der Mamillen, Brustfell, verstärkter Vellus und Pelzmützenhaar (nach W. KRETSCHMER, S. 68, 1972). Man ist angeblich allgemein der Meinung, daß solche Virilismen der Behaarung mit einer abgeschwächten Ovarialfunktion in Zusammenhang stehen, also im weitesten Sinne Zeichen dafür sind, daß das "weibliche Reifungsziel" nicht erreicht wurde.

Haben solche körperlichen Unreifezeichen nun auch im ZNS als dem somatopsychischen Bindeglied irgendeine Entsprechung? Kann man sie nachweisen? Haben sie Einfluß auf das Verhalten? Das Konzept der Reife bzw. Unreife läßt sich natürlich auch auf das Gehirn ausdehnen. Es wurde nachgewiesen, daß die elektroencephalographisch nachprüfbare Ausreifung stufenweise zusammen mit der psychologischen Reife voranschreitet, d. h. daß m. E. schon bei Kindern psychomotorische Entwicklungsrückstände sich im EEG als bioelektrische Entwicklungsrückstände nachweisen lassen ¹⁾. Für unser Immaturitätskonzept folgt daraus, daß wir im EEG-Befund von sogenannten "Hysterikerinnen" Normvarianten bis Abnormalitäten ²⁾ finden müßten, die auf eine konstitutionelle Instabilität nervaller Kontrollsysteme hinweisen (so z. B. eine emotionale Immaturität mit vergleichsweise infantilen Verhaltensmustern).

Von hier aus führt, so scheint es, eine direkte Querverbindung zu jener funktionellen Unausgeglichenheit, z. B. der *Formatio reticularis*, durch die die Entstehung "hysterischer" Symptome möglich und neurophysiologisch lokalisierbar wird. (s. 2.2.1.) Durch solche Orientierung dieses Systems und die "corticofugale Inhibition afferenter Stimulation (LUDWIG)" bzw. "reactive inhibition" von EYSENCK ³⁾ werden erst jene Zustände möglich, die JANET "a form of mental depression restricting the field of consciousness", BREUER und FREUD "hypo-noide Zustände" nannten; aufgrund dieser Zustände "entstehen" die "hysterischen" Symptome wohl auf dem Wege der Reflexeinschleifung bzw. des Erlernens. Man könnte also m. E. sagen, daß sie letztendlich einen Zustand spezieller Immaturität des ZNS signalisieren, der gekennzeichnet ist durch die Störung integrativer Funktionen. Es handelt sich also mehr um eine konstitutionell determinierte Un-Integration (MILLER) als eine Dissoziation, die verschiedene autonome

-
- 1) s. PECHSTEIN J., KUGLER J., PACHE H.-D., ROSS A. & WEINMANN H.-M. und MAYER-GROSS, SLATER & ROTH 1970, S. 70-72.
 - 2) HILL (1952) fand als Spiegel der defektiven Hirnreifung folgende Veränderungen (speziell bei Psychopathen mit aggressivem Verhalten; s. a. COHN & NARDINI 1958-9): 1. ausgeprägte bilaterale rhythmische Theta-Aktivität mit einer, den Alpha-Wellen gleichen oder sogar noch größeren Amplitude (22 %), vor allem über den temporalen und zentralen Regionen, durch HV akzentuiert u. keiner Veränderung beim Öffnen der Augen. 2. verschiedene Varianten des Alpha-Rhythmus; 3. Foci von 3-5 Zyklen/sec über den hinteren Temporalregionen, mit oft höherer Amplitude als von Alphawellen; häufig einseitig, häufiger re. als li. (eig. Übers. zit. n. MAYER-GROSS).
 - 3) s. a. die von ihm gefundene signifikante Korrelation mit Extraversion und Hysterie.

Systeme ¹⁾ des Zentralnervensystems und somit auch des Persönlichkeitsbildes betrifft. Jedes dieser "autonomen Systeme" hat seine Zentralen, Affektor- und Effektor-Komponenten, wobei für einige, wie z. B. die *Formatio reticularis*, die zentrale Komponente die wichtigste Rolle spielt.

Man müßte also bildlich gesprochen in einer immaturen oder abnormen ("hysterischen") Persönlichkeitskonfiguration einige nicht integrierte oder nur teilweise integrierte "Ego-Systeme" erwarten. (MILLAR) Als solche könnten sie auch jene Verbindung "hysterischen" Verhaltens mit "impressiven Ereignissen" verständlich machen, die immer wieder auf die eine oder andere Weise in der Literatur hergestellt wird; denn solche Ereignisse können natürlich einen spezifisch evokativen Charakter für ein spezielles, (nicht in die Gesamtpersönlichkeit integriertes), Subsystem haben und deshalb "systemrelevante" Symptome produzieren. Man erinnere sich an das, bei normaler Entwicklung von PIAGET für ein bestimmtes Alter als adäquat beschriebene, "sensomotorische System", jene direkte Verbindung von sensorischem Input und motorischem Output, ohne Integration in eine (noch nicht entwickelte) distanzierende, operative Intelligenz. Die Vorstellung eines solchen unintegriert weiterbestehenden Systems und entsprechender Verhaltensketten führt zwanglos, so scheint es uns wenigstens, zu jenem wichtigen Faktor "E-motionalität" (der bei "hysterischer Persönlichkeit" so oft beschrieben wird) und seiner z. T. direkten Verbindung zum motorischen System. Damit ist uns nicht nur eine quasi-ätiologische Erklärung möglich für deren häufiges Vorhandensein, sondern auch für die relative Bevorzugung der Motorik und ihrer Störungen bei der Symptombildung. Zudem wird über einen solchen direkten, nicht integrierten Verbindungskanal (sensorischer Input - motorischer bzw. gestört motorischer Output) deutlich, daß durch impressive Ereignisse motorische Symptome direkt evozierbar sind und daß dieser Zusammenhang dem Hysteriker eben nicht bewußt wird (siehe "*la belle indifférence*").

Mit anderen Worten: Wir sehen die Bedingungen für den Appelcharakter und die nachfolgende "Choreographie" der Erinnerungen (siehe auch MILLER) weniger in den "dramatischen Ereignissen" des frühen Lebens selbst; sondern eher in einem Modus des "Nicht-das-Bewußtsein-Erreichens", der auf dem damaligen unreifen Status des Ich beruht und beim "Hysteriker" als Reaktionsmuster

1) wobei nicht Hughling JACKSONs "phylogenetisch" hierarchisch "orientierte Ansichten gemeint sind, sondern "demokratische", interdependente Funktionssysteme, wie sie entsprechend der neuronalen Entwicklung und Organisation sich konstituieren.

konditioniert und (durch die Verdrängung) perpetuiert wurde (s. 2.2.2.).

Auf ähnliche Weise, so scheint es uns, stehen auch die Isolierung des Affekt-systems Angst und dementsprechend phobische Mechanismen mit jenem strukturierenden Element der Immaturität in Verbindung. Sie sind bei Kindern ubiquitär und, wenn sie nicht integriert wurden, bleiben sie in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter verstärkt erhalten. Diese allgemeine Unsicherheit gegenüber jeglicher Art von "sozialer Umgebung" wirkt sich vor allem in Hinblick auf Mitglieder des anderen Geschlechts und in Verbindung mit der Entwicklung der Sexualfunktionen aus. Dabei kann natürlich auch eine tatsächliche, sichtbare Minderentwicklung der Sexualorgane bzw. Störung des Zwischenhirn - Hypophysen-Systems eine Rolle spielen, ebenso wie auch die Besonderheiten der sozialen Umgebung.

Analoges gilt auch für die zu erwartenden Denkstrukturen: Wir werden häufig Phantasien finden, die, ebenso wie echte Träume, adaptive Funktionen haben oder auch als Ausdruck der Flucht vor einer nicht zu bewältigenden Realität zu interpretieren sind. Spielerisches und dramatisches, sowie allegorisches und symbolisches Denken wird beobachtbar sein, als "Begreifensmodus" ebenso wie als Ersatz für das minderentwickelte, weil erst durch kritische Assoziationen mögliche strukturelle Erkennen und Integrieren von Tatbeständen und Ereignissen (z. B. auch jener "impressive events"). Spezielle Bereiche können so mit bestimmten Dingen und Vorgängen verknüpft sein, was unter anderem eine Erklärung für den plötzlichen, alles überflutenden Durchbruch assoziations- bzw. triebgeleiteter Verhaltensweisen bietet. Die Phänomene Identifikation und Mimikry stellen einerseits Hilfsmittel zur "Bewältigung" der Vielfalt geforderter kognitiver Prozesse dar; andererseits aber stellen diese Phänomene die Vorbedingung dar für die große Leichtigkeit, mit der fast jedes Symptom pantomimisch adaptiert werden kann.

Außerdem muß man, auch in nicht zu ausgeprägten Fällen von "Nichtintegration", eine subtile Störung der Bewußtheit und der übrigen kognitiven Funktionen erwarten, nämlich eine Störung der Aufmerksamkeit, die als Konsequenz eine Art Gedächtnisstörung nach sich zieht. Eine solche "continuous amnesia" (JANET) bewirkt, daß jüngste Ereignisse, ohne jegliche Spur zu hinterlassen, vorbeigehen können. Das bedeutet, daß, wenn auch nur ein kognitives Subsystem nicht ausgeformt und integriert wurde, daraus während der Dauer seiner ausschließlichen Beanspruchung durch Stimuli, für das ganze kognitive System Aufmerksamkeits-

und Merkfähigkeitslücken resultieren; ebenso wie eine allgemeine Unfähigkeit, Informationen vollständig und kritisch zu verarbeiten. (LUDWIG)

Wenn wir mit MILLAR noch einmal die verschiedenen, mit der "Hysterie" in Verbindung gebrachten psychischen Mechanismen, im Lichte jenes Strukturelements Immaturität bzw. Nichtintegration von Egofunktionen zusammenfassen, ergibt sich in diesem Bereich folgendes:

Dissoziation trifft den Sachverhalt nicht, da solche funktionellen Einheiten ("Subsysteme") nicht irgendwann einmal abgespalten wurden, sondern vorher nicht integriert worden waren. Jedes "Subsystem" für sich ist zwar normal, stört aber in dieser "autonomen" Form eine ausgewogene Funktion des Ich. Es handelt sich also um einen auf die Nichtausreifung zurückzuführenden Mangel an errichteten Kontrollmechanismen; außerdem bestehen emotionale Überreaktionen und eine starke Tendenz zum akzidentellen Zusammenbruch zentraler Integration (bzw. Hinweise auf die mangelhafte Etablierung einer solchen integrativen Instanz überhaupt).

Konversion können wir jetzt als immature, somatisierte Aktivität betrachten, die ein im echten Sinne symbolisches Organisationsniveau noch nicht erreicht hat; (sie ist eigentlich asymbolisch).

Verschiebung ist in diesem Zusammenhang ebenso eine immature Somatisierung.

Mit Identifikation bezeichnen wir auch hier "einen Vorgang, durch den ein Subjekt einen Aspekt, eine Eigenschaft, ein Attribut des anderen assimiliert und sich vollständig oder teilweise nach dem Vorbild des anderen umwandelt." (LAPLANCHE-PONTALIS 1972, S. 219) In unserem Zusammenhang bedeutet das, daß einzelne "Subsysteme" speziell "ansprechbar" und "angesprochen" sein können, die dann mit einer überschießenden, unkritischen Reaktion (s. a. unter "Emotionalität") auf diese "Evozierung" antworten; der häufig beschriebene "überschwemmende" Charakter dieser Reaktionen ist auf den mangelnden Aufbau von integrativen, kontrollierenden und reflektierenden Instanzen zurückzuführen. Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang nicht außer Acht gelassen werden darf, ist, daß, aus uns bekannten tiefenpsychologischen Gründen (s. u. 2.6.4.), dem Weiblichen alle Beziehungen, die über Identifizierung laufen geläufiger sind und also leichter "gebahnt" werden können.

Schließlich produziert die Dramatisierungsneigung speziell Reaktionen des begrenzten motorischen Ausdruckssystems und funktioniert gewöhnlich auf der Basis der Identifikation. Daß es sich wieder um eine unkontrollierte, nicht kritisch

gestaltete Ausdrucksform handelt, läßt sich deutlich an der so häufig beobachtbaren "Schmier"-Qualität des Gebotenen ablesen; sie weist zudem daraufhin, daß weniger "dargestellt", sondern vielmehr auf einem infantilen Niveau "ausagiert" wird.

Man darf bei all diesen Feststellungen nicht vergessen, daß die sogenannte "hysterische" Persönlichkeit zur gleichen Zeit sowohl zweckvolles, integriertes Verhalten und auch unintegriertes Verhalten zeigen kann. Die Integrationsstörungen, die hier z. T. übertreibend so deutlich wie möglich beschrieben wurden, können leichter oder auch ganz subtil sein.

Man muß also, eingedenk der nach Grad, Ausprägung und Persistenz vielfältig variierbaren Symptomatik von einem Immaturitätssyndrom ¹⁾ sprechen. Dies schließt auch die "immature Persönlichkeit" mit ein, die allerdings nicht als fester Persönlichkeitstyp gedacht ist. Vielmehr umfaßt sie ein sehr vielfältiges Verhaltenskorrelat, als dessen gemeinsamer Nenner immer wieder aufgenommene unreife Verhaltens- und Reaktionsweisen herausgearbeitet werden können.

2.7.3. Folgerungen für die zu erwartenden Formen der Aggressivität.

Die weiter oben gemachten Ausführungen zu Emotionalität bzw. Affektivität lassen für das Teilgebiet der Aggressivität folgende Erwartungen zu:

1. Aggressivität unterliegt nicht (oder nur unvollständig) übergeordneten Kontrollinstanzen, da integrierende Querverbindungen nicht oder nur mangelhaft ausgebildet sind.

2. Als solches "quasi-autonomes" Teilsystem kann sie assoziativ stark und direkt an bestimmte Situationen bzw. Personen gebunden sein und durch sie ohne Umwege evoziert werden (der Zusammenhang kann dabei sehr gut im Verborgenen bleiben).

Dies macht es unwahrscheinlich, daß in einer solchen Situation differenzierende Schritte - ähnlich wie in dem oben angeführten Schema zur Bedingungsanalyse aggressiven Verhaltens (KAUFMANN) - wirksam werden können.

1) Wir schlagen dies als Bezeichnung für das hier dargestellte Syndrom vor. Wir haben den englischen Ausdruck "immaturity", den MILLAR in seinem Aufsatz mehrfach in unterschiedlichem Zusammenhang verwendet, übersetzt und haben ihn zur Spezifizierung bzw. Benennung des Syndroms herangezogen.

3. Phänomenologisch erwarten wir folglich infantile Formen von ungesteuerter Aggressivität, wie heftige Wutausbrüche, (sich auf den Boden werfen, "Rumpelstilzchen"-Reaktionen etc.). Dabei ist es nicht erstaunlich, wenn die Betroffenen für die Heftigkeit keine Begründung geben oder Ursache nennen können.
4. Die "Schwellenwerte" für die Auslösung erregter bis aggressiver Reaktionen dürften, da "aufschiebende" Instanzen höchstens rudimentär ausgebildet sind, sehr niedrig liegen.
5. Soziokulturelle Maßstäbe der Bewertung aggressiver Reaktionen (und damit ein weiterer Bahnungs- bzw. Hemmungsfaktor) gehen über die Bedingungen der assoziativen Verknüpfung an bestimmte Situationen (s. a. "Identifizierung") in das Verhalten mit ein. Sie unterliegen aber wahrscheinlich ähnlichen Schwankungen, wie sie bei Kindern zu beobachten sind, die soziale "Spielregeln" erlernen, dann wieder verwerfen und wieder einhalten.
6. Nach allem Gesagten schließt der direkt-reaktive Charakter solcher Aggressivität, die das Alles- oder Nichts-Muster der Primitivreaktion bevorzugt, einen zugleich vorhandenen "symbolischen" Aussagegehalt weitgehend aus. Ebenso scheint es uns fraglich, ob eine andere "Ausdrucksform", z. B. ein körperliches Symptom, äquivalent an ihre Stelle treten kann.

3. Eigene Untersuchungen.

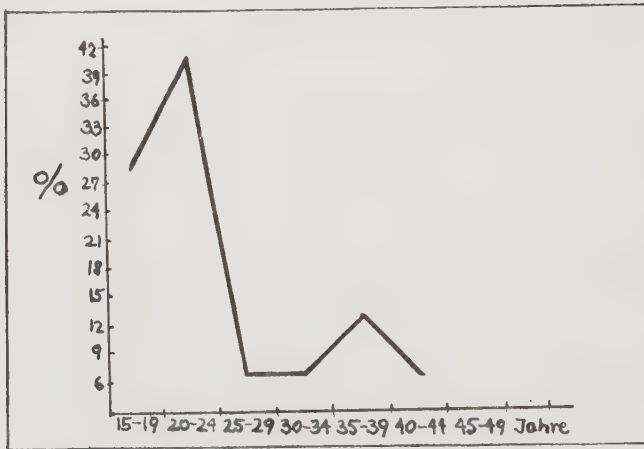
Es wurden 15 Patientinnen untersucht (z. T. nachuntersucht), die 1970 unter Diagnose "Hysterie" in die Universitäts-Nervenklinik München stationär aufgenommen wurden.

Tabelle I gibt eine Übersicht über das Krankengut.

Fall N ^o	KG N ^o	Alter	Beruf	Fam. Status	vielfache Aufnahme in psych. Klinik	Anlaß der Aufnahme	Besonderes
1 EP	1121/70	7. 5. 34 36 J.	Buchhalterin	v.	1.	Dekompensation n. Kündigung d. Arbeitsstelle	
2 EG	1099/70	19. 6. 54 16 J.	Schülerin	l.	1.	Verdacht auf Tabl. Intox. (Störung d. Bewußtseinslage)	nach Geburt in ein Heim bis 4 J., dann zu Pflegeeltern
3 ER	259/70	23. 9. 50 19 J.	Buchhalterin	l.	1.	Hartnäckige Angstzustände	
4 GC	1199/70	11. 1. 48 22 J.	Sprachenschülerin	l.	2.	Suicidandrohung	steht n. 2. Suicidversuchen in Psychotherapie; angebl. Alkoholabusus
5 JC	572/70	15. 12. 49 21 J.	Studentin Kunstgeschichte	l.	1.	hartnäckige Schwindeleustände	
6 KE	751/70	16. 11. 46 23 J.	Kaufmann, angestellt	l.	2.	schwere neurot. Fehleentwicklung	
7 KJ	735/70	11. 5. 51 19 J.	Schülerin	l.	1.	stat. Abklärung auffälligen Verhaltens (portomane Reaktion)	
8 KA	872/70	13. 7. 26 44 J.	Sekretärin	l.	1.	Sturz mit nachfolgender tauglicher Bewußtseinsstörung	Alkoholabusus bekannt, Barbituratnachweis
9 KC	522/70	13. 10. 46 24 J.	Designerin	l.	1.	Klärung einer Art von Nachtwandeln	
10 MR	298/70	22. 12. 35 35 J.	Kinder-schwester	v.	4.	Abscd. Antriebslosigkeit Suicidversuch	
11 MG	208/70	25. 11. 44 26 J.	Theologiestudentin	l.	1.	Verdacht auf Tablettenintoxikation	
12 SM	435/70	13. 4. 48 22 J.	Dolmetscherin	l.	2.	Klärung auffälligen Verhaltens (nächtl. Kofferpacken u. Weglaufen, Kahltschneiden d. Kopfes)	nach Schädigung d. Eltern Eintritt in e. Mormonensekte
13 SE	832/70	22. 7. 55 15 J.	Schülerin	l.	2.	Übernahme aus d. Med. Klinik, dort wegen Magersucht	seit 2 J Psychotherapie, autogenes Training
14 TA	246/70	28. 2. 36 34 J.	Hausfrau	v.	1.	starke Angstzustände, Antriebsarmut	Beruhigungsmittelabusus
15 WB	898/70	18. 5. 49 21 J.	Zahnärztl. Helferin	l.	1.	Abklärung v. Kopfschmerzen	

20 % v.
= 1. Aufn.
N = 3
66,6%
N = 10

Die Altersverteilung ergibt folgende Kurve:



3.1. Tabellarische Zusammenfassung der 15 Krankengeschichten.

Die Angaben zu den Krankengeschichten wurden in den jetzt folgenden Tabellen wegen der besseren Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit nach bestimmten Punkten geordnet zusammengestellt.

3.1.1. Diagnostische Kriterien und genaue Diagnosen.

In Tabelle II werden die diagnostischen Kriterien (K) und genauen Diagnosen (D) für die 15 Fälle zusammengetragen. Es spiegelt sich in ihnen die uns aus der Literatur bekannte Unsicherheit und Ungenauigkeit in den Kriterien sowohl, wie auch in der Nomenklatur. Die Tabelle bietet zugleich einen guten Überblick über die hervorstechende Symptomatik.

Tabelle II.

- | | |
|-------------------|--|
| Nr. 1/EP
36 J. | K: Kopf-, Nacken-, Schulterschmerzen und Sensibilitätsstörungen angeblich ohne größeren objektivierbaren Befund; betonte Klagsamkeit mit zeitweisigem Lächeln; in angenehmer Umgebung jedoch Fröhlichkeit und Ausgeglichenheit; angeblich demonstratives Hin- und Herlaufen und Erregungsturm.
D: hysterisch-hypochondrisches Syndrom als Reaktion auf widrige häusliche und berufliche Umstände. |
| Nr. 2/EG
16 J. | K: Selbstmordversuch mit Demonstrationstendenzen
D: Impulsivneurotiker oder Hysterie. Abnorme Reaktion. Neurotische Entwicklung aufgrund ungünstiger Umwelteinflüsse. |

- Nr. 3/ER 19 J. K: "Zustände" (komisches Gefühl im Magen, Zittern, Einschlafen der Hände, Luftnot, "Gefühl bloß halbe Gesichter sehen zu können"), die nur in geschlossenen Räumen auftreten, Ohnmachtsanfälle.
D: Hysterische Neurose, mit Konversionssymptomatik.
- Nr. 4/GC 22 J. K: Von beiden Elternteilen verwöhntes Einzelkind, entwickelt früh hysterische Persönlichkeitsmerkmale; dominant; Selbstmordversuche; Tablettenabusus, Alkohol; tanzt dem Vater angeblich böse auf der Nase herum; überschießende Mimik und Gestik; theatralisch, beifallheischend, ausgesprochen stimmungslabil, zieht alle Register, um ihre Ziele zu erreichen.
D: abnorme Reaktion bei hysterischer Persönlichkeit.
- Nr. 5/IC 21 J. K: Patientin wirkt infantil, unreif; Verhalten inadäquat, affektiert, labile Stimmungen; Ambivalenz, Entscheidungsunfähigkeit, Nägelkauen; angeblich eidetische und Depersonalisationserlebnisse.
D: Hysterische Neurose mit Konversionssymptomatik.
- Nr. 6/KE 23 J. K: Aufreizendes und aufmerksamkeitsregendes Verhalten, starke Betonung des Äußeren; Aufbau eines komplizierten "Systems von Tricks", um die mangelhafte Entwicklung der Brüste zu verbergen.
D: Dysmorphophobie. Hysterische Persönlichkeitsstruktur.
- Nr. 7/KJ 19 J. K: Mit naiv-kindlichem Augenaufschlag, beobachtet sie ständig den Eindruck, den sie macht; Verhalten ist unbefangen kindlich bis trotzig schmollend; vermittelt den Eindruck eines großen verwöhnten Kindes; Oberflächlichkeiten, z. B. gutes Aussehen, spielen eine große Rolle; naive kindliche unreife Lebenseinstellung (Wunsch, "ein Engel zu sein", plötzlicher Aufbruch zu einem ungeplanten Fußmarsch nach Wien).
D: Reifungskrise; Porionmane Weglaufreaktion bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur.
- Nr. 8/KA 44 J. K: Auffallende Neigung der Pat. bei ihrem Bericht wichtige Dinge zu bagatellisieren; berichtet mit einer ziemlichen Unbekümmertheit auch offensichtlich falsche Dinge; Alkoholabusus; Nikotin- und Schlafmittelabusus; Ohnmachtsanfälle; Suicidversuch.
D: Hysterische Neurose.
- Nr. 9/KC 24 J. K: Auffallend modisch gekleidet; Konversionssymptom: "Zustände", das ist nächtliches Herumwandeln (zum ersten Mal, als sie von ihrem Freund sitzengelassen wurde).
D: Hysterische Konversionsneurose.
- Nr. 10/MR 35 J. K: Suicidversuch; explosive Wutausbrüche mit Schreien und Jammern wie kleines Kind; depressive Antriebslosigkeit und Konzentrationschwäche, die auftreten, wenn die Ref. sich über Sachverhalte genauer informieren will und so den Anschein des Zweifels bietet; wütende, türenknallende Reaktionen; mehrmals hysteriforme Erregungszustände; keine psychoserelevanten Merkmale.
D: endo-reaktive Depression bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur. V. a. frühkindlichen Hirnschaden.

- Nr. 11/MG K: Keine Angaben.
26 J. D: Abnorme Reaktion bei hysterisch strukturierter Persönlichkeit.
- Nr. 12/SM K: Früher als überwiegend hysterische Neurose diagnostiziert mit
22 J. gravierenden Konflikten im Elternhaus und in Beziehungen zum
anderen Geschlecht; Konversions- bzw. Abwehrbildung: diffuse
stechende Kopfschmerzen sowie Übelkeit und Brechreiz; affektives
Verhalten, überschießend theatralisch; jetzt abnorme Reaktion mit
psychoseähnlicher Symptomatik; ambivalentes Verhalten, Mutis-
mus, schwergehemmte Psychomotorik; nach Übertritt in die Mor-
monensekte; Selbstbeschuldigungen.
D: Hysterische Neurose.
- Nr. 13/SE K: schwere neurotische Entwicklung; große Ansprüche, Geltungssucht,
15 J. minimale Frustrationstoleranz; schon Psychotherapie, autogenes
Training.
D: schwere neurotische Entwicklung bei hysterischer Struktur. Rei-
fungsphase.
- Nr. 14/TA K: ambivalentes Verhalten; starke Objekt- und Situationsängste mit
34 J. ausgeprägten physiologischen Angstreaktionen; abnorme Bindung
an die Mutter (welche sie auch seit ihrer Ehe immer bei sich hat).
D: Angsthysterie. Hysterische Persönlichkeitsstruktur.
- Nr. 15/WB K: Ohnmachtsähnliche Zustände und cephalgische Beschwerden bei zu-
21 J. sätzlichem Hirsutismus; mangelnde Zentriertheit, Subjektivität,
Neigung zu Realitätsablehnung.
D: Hysterische Neurose mit Konversionssyndrom (Kopfschmerz).

3.1.2. Die Tabellen.

Die folgende Tabelle III gibt eine Übersicht über das Vorkommen von Nerven- bzw. Gemütskrankheiten in den Familien der Patientinnen.

Tabelle III

Nr. 1/EP	Schwester dauernd eine Vielzahl von "nervösen" Beschwerden	Kein Vorkommen keine Angaben;
Nr. 3/ER	Suicide; Großtante und deren Tochter	
Nr. 8/KA	Bruder wegen gewalttätiger Überfälle auf Frauen in Haft	alle Übrigen
Nr.13/SE	Großvater mit 75 J. wegen Cerebralsklerose in Nervenklinik	
Nr.14/TA	Tante gemütskrank	

Die Tab. IV faßt die Besonderheiten der frühen Umwelt zusammen, ebenso die Stellung der Patientinnen in der Geschwisterreihe und z. T. eine Charakterisierung der familiären Situation in der Jugend.

Tabelle V beschreibt die hauptsächlich geklagten körperlichen Symptome und referiert, soweit durchgeführt, die EEG-Befunde (besonders Hinweise auf evtl. Reifungsstörungen des Gehirns).

In Tabelle VI wurden speziell Hinweise und Untersuchungsbefunde zusammengetragen, die im Hinblick auf die Retardierungsproblematik von Bedeutung sind (hormonelle Störungen, Röntgenbefunde, somatische Zeichen etc.).

In Tabelle VII sind die Angaben über das Sexualleben der Pat. referiert; zum Teil die Schwierigkeiten mit den Partnern spezifiziert.

Abschließend gibt Tabelle VIII einen Überblick über den in den Krankengeschichten dokumentierten Verlauf und die Dauer des Klinikaufenthaltes.

Tabelle IV faßt die Besonderheiten der früheren Umwelt zusammen, die Stellung in der Geschwisterreihe, und bringt Charakterisierungen der familiären Situation

Legende: j. K. =jüngstes Kind
ä. K. =ältestes Kind
e. K. =einziges Kind
die Zahl in Klammern
gibt das jeweilige Alter an

Fall Nr.	Geschwister	wichtige Ereignisse	Krankheiten	Sonstiges	Kindheit familiäre Situation
1 EP	5, 3 $\frac{1}{2}$, j. K.	Vater gefallen (7)	chron. Tonsillitis (seit 12)		strenge Kindheit, Mutter mußte 6 Kinder allein durchbringen.
2 EG	1, 1 $\frac{1}{2}$ (beide unehelich) j. K.	ab Geburt im Heim, Mutter† (Krebs) (4) Vater verunglückt (12)	Appendektomie (5) Herniotomie Ulcera ventriculi (14)	Diebstahl (14), nachfolgend Suicidversuch; bei späterer unegründeter Verächtigung durch die Pfl. eltern erneuter Suicidversuch	-
3 ER	1 $\frac{1}{2}$, j. K.	Eltern geschieden (2) Mutter sorgt für Töchter	-	bis etwa 7 heftiges Zeigefingerlutaschen; viel allein, da Mutter arbeitet	wächst bei der mütterlichen Mutter und Schwester auf
4 GC	e. K.	Eltern geschieden (8) Kind bei Mutter.	übliche Kinderkrankheiten	-	frühzeitig schlechte Harmonie zwischen Eltern; Mutter gebärdete sich oft "hysterisch".
5 JC	1 $\frac{1}{2}$, j. K.	Vater bei ihrer Geburt 55 Jahre	Pneumonie (5) Pyelonephritis Sinusitis	-	von der Großmutter erzogen (sehr aufgeschlossen und lustig); Vater sehr kalt und verschlossen.

Fortsetzung der Tabelle IV

Fall Nr.	Geschwister	wichtige Ereignisse	Krankheiten	Sonstiges	Kindheit familiäre Situation
6 KE	1♂, j. K.	bei Geburt: Vater 76 Mutter 49 J. schöne Kindheit	-	-	-
7 KJ	2♂	bei Tante unterge- bracht (bis 2)	-	als Kind schon Nei- gung zum Außen- seitherhaften; in der Schule Schwierigkei- ten mit "analyt. Denk- prozessen".	
8 KA	2 ♀, 1♂	Vater †	Kinderkrank- heiten Lungen- tb (25)	-	-
9 KC	1 ♂, ä. K.	glückliche Kindheit	Lungenabszeß (19) seit 18 som- nambule Zustände	sehr früh gesprochen - sehr früh sauber; nach der Geburt des Bruders erneutes Ein- nässen bis 3 J.; Nä- gelkaufen.	
10 MR	1 ♂, 2 ♀, j. K.	öfter Prügel von Mutter	-	Suicidversuch (31 J) Sprung - ins Wasser; Suicidvers. (32 J)	
11 MG	1 ♂, j. K.	immer Streit zwi- schen den Eltern; Mutter dominant, streng, prügelte; war oft krank.	Furunkulose (10)	ein uneheliches Kind (21) nie gesehen, da gleich nach Geburt zur phlegmatisch. Adoption gegeben.	oft Streit, Mutter viel krank, Vater sehr
12 SM	1♂, ä. K.	-	Knieverletzung (10) Infraktion e. Rippe (13)	Nägelkaufen (bis 10)	seit jeher laute Reibe- reien zwischen d. El- tern, da Mutter sich nicht unterordnete.

Fortsetzung der Tabelle IV

Fall Nr.	Geschwister	wichtige Ereignisse	Krankheiten	Sonstiges	Kindheit familiäre Situation
13 SE	1 ♂, 10	Erziehung durch eine strenge Gouvernante; Vater† (Krebs) (6)	-	-	-
14 TA	e. K.	Vater gefallen (9)	Appendektomie (10) Knieop.	schon als Kind heftige Angst	Kindheit geprägt von der Angst vor dem strengen Vater.
15 WB	1 ♂, ä. K.	-	übl. Kinderkrank- heiten	-	dominierende Mutter; der Bruder wurde von beiden Eltern bevorzugt

In 46,9 % der Fälle sind die Patientinnen jüngste Kinder
gewesen, nur in 20 % älteste Kinder. Ebenso sind in 46,9 %
der Fälle die Patientinnen ohne Vater aufgewachsen.

Tabelle V. Besondere Untersuchungsbefunde im Hinblick auf Retardierungszeichen.

Fall Nr.	somatisch-gynäkologisch	Labor + Röntgen	Hinweise auf psychoinfantile Merkmale
1 EP 36 J.	V. a. zentral bedingte Zyklusstörung	Rö: persistierende Stirnnaht, rudimentäre Halsrippen bds.	hat nie versucht, sich gegen die Mutter des Ehemanns zu wehren, die dieser von Anbeginn der Ehe mit in die gleiche Wohnung mitbrachte und sie beherrscht.
2 EG 16 J.	seit 3 Jahren Dysmenorrhoe	-	naiv; überschießende Affektreaktionen häufig von augenblicklichen Gefühlen geleitet; zeitweilige Kritiklosigkeit, emotionale Labilität.
3 ER 19 J.	Menarche mit 15 J. erst nach gyn. Eingriff	-	überstarkes Bedürfnis nach Geborgenheit und Sicherheit;
4 GC 22 J.	-	-	Affekt, Gestik und Mimik überschießend, theatralisch und beifallheischend.
5 JC 21 J.	unregelmäßige Periode (8 Wo. Pause	-	Infantilität u. Unreife; inadäquates affektives Verhalten, Stimmungs labilität, Entscheidungs unfähigkeit.
6 KE 24 J.	Menarche mit 16 J. erst nach Hormonbehandlung; keine Entwicklung der Brüste.	Gonadotropine unter 5 IE (norm: 20-40 IE) Rö: Ponticulus am Atlasbogen ¹⁾	stark demonstratives Verhalten; starke Betonung ihres Äußeren; Auffassung, daß sie ihren "Defekt" durch geschickte Manipulationen verstecken und damit unwirksam machen könnte.
7 KJ 19 J.	-	-	Vermittelt den Eindruck eines großen verwöhnten Kindes; Denkprozesse u. Konzentration seien schon immer schwer gefallen. Läßt sich in einem plötzlichen Entschluß den Kopf kahl scheeren. Ist nicht in Gegenwart der Eltern, sondern nur heimlich. Wollte sowohl "Einsiedlerleben" führen, als auch zu Fuß an der Donau entlang nach Wien gehen. Leicht störbare, impulsive Affektivität, Eigensinn.
8 KA 44 J.	-	Verkalkungsfigur i. d. Temporal-schuppe	Erregungszustände mit Schreien und sich-am-Boden-wälzen, an die sie sich nicht erinnern kann; Neigung, wichtige Details zu bagatellisieren; geringes Durchhaltevermögen in vieler Hinsicht.

1) Ponticulus am Atlasbogen: Hemmungs mißbildung; s. ausführlicher Krankengeschichte des Falles Nr. 6.

Fortsetzung Tabelle V.

Fall Nr.	somatisch-gynäkologisch	Labor + Röntgen	Hinweise auf psychoinfantile Merkmale
9 KC 24 J.	Menarche mit 16 J. erst danach Entwicklung der sek. weibl. Geschlechtsmerkmale	Rö:sog. sutura metopica	Kaum Interesse für Sexuelles. Seit dem 18. Lj. Anfälle von Nachtwandeln (erstmalig, als ihr Freund sie habe sitzen lassen); die Zustände treten immer dann auf, wenn sie Kompliziertes zu entscheiden habe.
10 MR 35 J.	-	Rö:Hypoplasie d. re. Stirnhöhle; re. Pyramide steht etwa 0,5 cm tiefer als die linke; re. Kalottenhälfte 0,5 cm weiter als links, unauffälliges PEG. ¹⁾	häufiger, heftiger Erregungswirbel; versucht damit auch ihre Umgebung zu lenken; Schreien, Randalieren, Möbelzertrümmern; besonders in Versagungssituationen produziert sie heftige Wutanfälle, wobei ihre formal wie inhaltlich infantile Sprache auffällt.
11 MG 26 J.	-	-	vollständige Ablehnung der Verantwortung für ihr Kind (ließ es von Geburt an adoptieren)
12 SM 22 J.	-	-	Nägelkauen bis 10 J.; in jeder Richtung überschießendes affektives Verhalten, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Theatralik, diffuse Ängstlichkeit; übergroße Ansprüche an Freunde u. andere.
13 SE 15 J.	-	-	verweigert jegliche Nahrungsaufnahme; fühlt sich unverstanden, als Outsider; wollte schon immer Aufsehen erregen; "verfiel oft in Krankheiten", weil sie dadurch die Aufmerksamkeit der Mutter erlangen konnte.
14 TA 34 J.	-	-	starke Ängstlichkeit; "ich möchte heim, ich glaube, daß meine Mutti mir helfen kann." Die Patientin hatte ihre Mutter bislang (auch die ganze Ehe) immer bei sich in der Wohnung. Versucht sich mit einer Nagelschere die Pulsadern zu öffnen; lenkt ihre Umwelt durch ihre Launenhaftigkeit (bleibt tagelang im Bett etc.)
15 WB 21 J.	Menarche mit 13; seit 17. Lj. Zyklusstörungen +Entwicklg. eines virilen Behaarungstyps (Brust, Bauch, Extremitäten)	früher hormonelle Insuffizienz, jetzt Gonadotropine im Normbereich	keine

- 1) Diese ganzen Befunde, kurz eine Schädelasymmetrie, sind Zeichen einer frühkindlichen Entwicklungsstörung im Sinne einer Minderentwicklung; sie muß jedoch keinen positiven PEG-Befund nach sich ziehen.

Tabelle VI. Derzeitige hauptsächliche Beschwerden und Befunde und EEG-Befunde

Fall Nr.	jetzige Beschwerden, Befunde	EEG-Befunde
1 EP	multiple neurologische Beschwerden (Schulter, Arm; ringförmige Hypästhesie um Mund und Nase, von wechselnder Stärke und Reproduzierbarkeit.	unregelmäßiges EEG am Rande der Norm.
2 EG	Bewußtseinstörung, motorische Unruhe.	EEG im Bereich der altersgemäßen Norm; mäßig viel eingestreute 3-6/sec, bilateral; nach HV z. T. Theta etwas überhöht, in kurzen Gruppen bilateral. Kein Hinweis auf stärkere Intoxikation.
3 ER	Angstzustände mit Zittern und Luftnot.	keine Angaben
4 GC	keine	keine Angaben
5 JC	"Schwindelanfälle"	überlagernde, rasche, wahrscheinlich medikationsbedingte Tätigkeit. unauffälliges EEG.
6 KE	starke depressive Verstimmung, Globusgefühl im Hals.	vereinzelt 4-6/sec bilateral eingestreut; dominierend spindelige rasche Tätigkeit. Von einer Normvariante nicht sicher zu unterscheiden.
7 KJ	keine	keine Angaben
8 KA	psychogene Anfälle; Somnolenz;	Funktionslabilität, vereinzelt 4-6/sec gegen Ende der Ableitung Vigilanzwechsel. Von einer raschen Normvariante nicht zu unterscheiden.
9 KC	Anfallsweise Somnambulismus (geht auch auf die Toilette); Bißwunde an den Lippen.	einige kurze Gruppen bis 150 mikrovolt hoher, teils steiler Wellen in Alpha- u. Thetabereich, bilateral synchron. Aktivierung in HV. Zeichen einer Funktionslabilität, die das Ausmaß einer labilen Normvariante überschreitet. Verlaufskontrolle!
10 MR	Antriebsmangel einerseits und andererseits Unruhe und Untriebigkeit.	EEG im Bereich der Norm.
11 MG	Schläfrigkeit	nicht durchgeführt
12 SM	Übelkeit, Brechreiz, starker Kopfschmerz.	vereinzelt 4-6/sec bilateral eingestreut. Labiles EEG im Bereich der altersgemäßen Norm.
13 SE	Nahrungsverweigerung, Vitalstörungen.	reichlich 4-6/sec über den hinteren Regionen bilateral eingestreut. Aktivierung der Theta in HV. EEG abnorm mit geringen Allgemeinveränderungen und überlagernd rascher Tätigkeit.

Fortsetzung Tabelle VI.

Fall Nr.	jetzige Beschwerden, Befunde	EEG-Befunde
14 TA	Angstzustände, starkes Schwächegefühl, Antriebsarmut.	unauffälliges EEG (30.9.70). Im Zusammenhang mit einer chron. Bromintoxikation werden am 25.2.72 EEG-Veränderungen festgestellt und der Verdacht auf einen außerdem bestehenden cerebralen Entwicklungsrückstand erhoben.
15 WB	heftiger Schläfenkopfschmerz	vereinzelt 4-6/sec bilateral eingestreut. Nach HV Vigilanzwechsel. Unauffälliges EEG (10.9.70). Bilaterale Funktionsstörungen (11.8.70).

Tabelle VII. Angaben zum Sexualleben.

Fall Nr.	allgemeine Angaben	Schwierigkeiten mit dem Partner
1 EP 36 J.	Heirat wegen eines Kindes; seit Beginn der Ehe psychosomatische Beschwerden.	Ehemann ist einziger Sohn, der seine Mutter mit in die Ehe brachte; benimmt sich ihr gegenüber wie kleiner Junge und ergreift oft gegen die Ehefrau Partei; dies ist Anlaß zu häufigen Schwierigkeiten.
2 EG	keine Angaben (16 J.)	keine Angaben
3 ER 19 J.	zwei Freunde gehabt, keine intimen Beziehungen; schwärmerische Vorstellungen.	keine Angaben
4 GC 22 J.	zwei nette Freunde	an Schwierigkeiten nur die von Seiten der Patientin eruierbar.
5 JC 21 J.	erste intime Beziehungen mit 17 J.; kennt jetzigen Freund seit 3 Jahren.	Schwierigkeiten verschiedener auch sexueller Art.
6 KE 23 J.	mit verschiedenen "attraktiven" Männern sexuelle Beziehungen; bevorzugt jedoch "ältere" Herren, da sie bei ihnen ihre "Unvollkommenheit" besser verbergen könne und immer ihren BH anbehalten kann, wodurch aber ihre sexuelle Erlebnisfähigkeit stark beeinträchtigt wird.	jetzt Freundschaft mit einem verheirateten Mann. (Läßt er sich scheiden?)
7 KJ 19 J.	sehr häufig wechselnde Freundschaften mit Männern, die sie äußerlich anziehen; keine richtigen Gründe für die rasche Auflösung der Freundschaften; vor einem Jahr erster GV mit einer Kurzbekannntschaft; tiefergreifende Bindungen kommen nie zustande.	keine Angaben.

Fortsetzung Tabelle VII.

Fall Nr.	allgemeine Angaben	Schwierigkeiten mit dem Partner
8 KA 40 J.	17 Jahre befreundet mit einem Mann, den sie im Tbc-Sanatorium kennengelernt hatte; wegen der zeitweise offenen Tb keine sexuellen Beziehungen mehr.	dauernde Zerwürfnisse mit dem Partner (er machte z. B. auf ihren Namen Schulden); jetzt nur noch tel. Kontakt.
9 KC 24 J.	für Sexuelles wenig Interesse; sehr tiefgehende Freundschaften; ausgeprägter Bindungswunsch bei Bindungsunfähigkeit, die angegeben und als belastend empfunden wird.	keine Angaben
10 MR 35 J.	Ehemann ist 25 Jahre älter, sehr verständnisvoll; angeblich keine sexuellen Probleme; jedoch ist die starke sexuelle Verbundenheit der ersten zwei Ehejahre fast völlig abgeflaut.	angeblich keine, jedoch bisweilen heftige Aggressivität gegen den Ehemann, der den ganzen Haushalt macht.
11 MG 25 J.	Von ihrem ersten intimen Freund erwartet sie sehr bald ein Kind, das sie sofort nach der Geburt zur Adoption gab. Ihr jetziger Freund ist ein Jurist, der im Examen steht.	der Freund hat außer ihr noch eine Freundin; außerdem verlangt er von ihr das Tragen schwarzer, sog. Reizwäsche und schwarzer Strumpfgürtel.
12 SM 22 J.	mit 17 J. erster GV mit 25jähr. Mann; es folgen mehrere Männerbekanntschaften; fühlte sich nicht richtig ernst genommen.	mit 19 1/2 Jahren gab die Pat. jegliche Männerbekanntschaft auf, "hatte inzwischen schon zuviel erlebt". Später Übertritt in die Mononensekte, "um Buße zu tun".
13 SE 15 J.	immer Angst vor der Umwelt, vor allem vor Menschen des anderen Geschlechts.	keine Angaben
14 TA 34 J.	seit 15 Jahren verheiratet, ihre sexuelle Bereitschaft sei völlig geschwunden.	ist stets sehr aggressiv zum Ehemann.
15 WB 21 J.	mit 19 J. erste sexuelle Beziehung aus Neugier; seit demwegen der inzwischen aufgetretenen Behaarungsanomalie (Hirsutismus) keine mehr; habe auch seit der hormonellen Störung kein Bedürfnis mehr.	keine Angaben

Tabelle VIII. Übersicht über den Verlauf.

Fall Nr.	Dauer des Aufenthaltes	Art der Therapie	Ergebnis	weiterer Verlauf
1 EP	115 Tage	medikamentös; Verhaltenstherapie (nicht spezifiziert); Krankengymnastik; Beschäftigungstherapie.	keine erhebliche Besserung	nach Hs entlassen; Behandlungsempfehlung für eine psychosomatische Klinik.
2 EG	30 Tage	Psychopharmaka und andere Medikamente.	Besserung des körperlichen Befunds	nach Hs entlassen; Empfehlung einer psychotherapeut. Behandlung.
3 ER	124 Tage	Psychopharmaka, Gespräche, Gruppenpsychotherapie, Beschäftigungstherapie.	Beschwerdefreiheit	nach Hs entlassen.
4 GC	3 Tage	Sedativa	keine Angaben	nach Hs entlassen.
5 JC	2 Tage	-	-	nach Hs entlassen, psychoanalyt. Behandlung empfohlen.
6 KE	79 Tage	Psychopharmaka	schnelle Besserung	nach Hs entlassen.
7 KJ	11 Tage	-	-	psychotherap. Behandlung als wenig aussichtsreich nicht empfohlen.
8 KA	21 Tage	Psychopharmaka und andere Medikamente.	Besserung	Erlernung des autogenen Trainings empfohlen. Nach Hs entlassen.
9 KC	9 Tage	Gespräche	-	auf eigenen Wunsch entlassen.
10 MR	58 Tage	massiv Antidepressiva und andere Psychopharmaka	allmähliche Besserung	Kontrolle des EEG empfohlen. Entlassen nach Hs.
11 MG	1 Tag	-	-	nach Hs entlassen.
12 SG	27 Tage	Psychopharmaka	Besserung	nach Hs entlassen.
13 SE	2 Tage	massiv Neuroleptika	Keine Besserung	Verlegung in Anstalt.
	13 Tage	Antidepressive und Neuroleptika und Beschäftigungstherapie.	Besserung	nach Hs entlassen.
	12 Tage		Besserung	nach Hs entlassen.

Fortsetzung Tabelle VIII.

Fall Nr.	Dauer des Aufenthalts	Art der Therapie	Ergebnis	weiterer Verlauf
14 TA	52 Tage	Psychopharmaka und Gespräche.	Besserung	nach Hs entlassen; 1971 2 x stationär; Tablettenabusus; 1972 1 x stationär; Tablettenabusus.
15 WB	12 Tage	medikamentös	fragliche Besserung	Empfehlung psychotherap. Behandlung. Nach Hs entlassen.

3.1.3. Im weiteren sollen drei Krankengeschichten ausführlich referiert werden: sie scheinen uns die gesuchten Charakteristika besonders deutlich darzubieten. Es handelt sich um Nr. 14/TA, Nr. 6/KE und Nr. 10/MR.

Fall Nr. 14/TA, 34 Jahre.

Nach Meinung der Patientin hat ihre Erkrankung nach einem Unfall begonnen, den ihr 17jähriger Sohn vor einem halben Jahr mit ihrem Wagen verursacht hat. Sie hatte dem Sohn das Fahren selbst beigebracht und er besaß zu diesem Zeitpunkt, als er mit ihr und einigen Kindern fuhr, noch keinen Führerschein. Bei dem Unfall kam keine Person zu Schaden, jedoch wurde der Zaun eines Bauern leicht beschädigt und ihr eigener PKW stark in Mitleidenschaft gezogen. Um ein Bekanntwerden des Unfalls zu verhindern, und vor allem behördlichen Nachforschungen auszuweichen, wurde der Schaden mit dem Bauern festgestellt und seine Forderungen sofort beglichen. Trotzdem lebte die Patientin von da an in ständiger Angst, daß die Polizei doch erscheinen und Nachforschungen anstellen könnte. Außerdem hatten sie und ihr Sohn das Ereignis auch dem Ehemann und Vater verschwiegen, da sie seine heftige Reaktion fürchteten und es gelang der Patientin auch durch geschickte Ausreden, die Abwesenheit ihres Wagens und die hohen Reparaturkosten vor ihrem Mann zu verbergen. Sie steigerte sich derartig in Ängste, daß sie daran gehindert wurde, ihren täglichen Verpflichtungen nachzugehen. Sie ging nicht mehr aus dem Haus, benutzte ihr Auto nicht mehr, vernachlässigte ihren Haushalt; schließlich kam es soweit, daß sie tagsüber ihr Bett nicht mehr verließ und nur noch mit Hilfe der im Hause wohnenden Mutter zur Toilette ging. Sie weinte viel und konnte "keinen klaren Gedanken mehr fassen". Oftmals verschlimmerte sich ihr Zustand gegen Abend zur Rückkehr ihres Mannes noch erheblich.

Eine besondere Rolle in diesem Angstgefüge spielte die Furcht der Patientin, daß bei einer behördlichen Untersuchung des Unfalls außer dem unerlaubten Fahren ihres Sohnes auch noch die Tatsache zur Sprache käme, daß der 17jährige nicht der Sohn ihres Ehemanns ist. Sie fürchtete vor allem, daß sie durch Offenkundigwerden dieses vor dem Sohn sorgfältig verheimlichten Umstandes, bei ihm einen Schock auslösen und seine Zuneigung verlieren könnte.

Der Vater der Patientin war Musiker und fiel in den letzten Kriegsjahren. Insgesamt erlebte die Patientin ihre Kindheit als "keine schöne Zeit", vor allem wegen der häufigen Streitereien der Eltern. Nach 8 Schuljahren kam die Patientin mit 14 für etwa zwei Jahre in ein Internat, wo sie sich hauptsächlich mit Kochen und Haushaltsführung beschäftigen mußte. Mit 16 lernte sie einen 21jährigen Mann

kennen, den sie einige Male traf und von dem sie nach dreiwöchiger Bekanntschaft ein Kind erwartete. Mit 17 brachte sie ihren ersten Sohn unehelich zur Welt. Einige Zeit später heiratete sie ihren ehemaligen "Spielkastenfreund", von dem sie ein Kind erwartete. Ihr erster Sohn trug anfangs noch ihren Mädchennamen, wurde etwa 1 Jahr später von ihrem Ehemann adoptiert. Der Ehemann sagt über diese Zeit, daß er seine Frau damals nicht geliebt und sie nur wegen des zu erwarteten Kindes geheiratet habe. Er sei gegen diese Ehe gewesen und habe sich die ersten 2 1/2 Jahre "regelrecht vergewaltigt gefühlt". Später habe sich ihr Verhältnis "normalisiert" und der Ehemann bezeichnet seine Ehe seit 12 1/2 Jahren als "sehr gut". Mit den Kindern verstehe er sich so, als wären beide seine eigenen Söhne.

Die Angst der Mutter vor der Enthüllung der Herkunft ihres ersten Sohnes, hatte einen Wohnortswechsel von West- nach Süddeutschland und den Abbruch der Beziehungen zu allen ehemaligen Freunden und Bekannten zur Folge. Nur die eigene Mutter, in deren Haushalt der Mann seit der Eheschließung mit aufgenommen worden war und die jetzt mitumzog, stellte das einzige Verbindungsglied zur Vergangenheit dar. Von ihr hatte die Patientin nichts zu fürchten, da sie im Haushalte wohlgeleiteten und sogar vom Ehemann als "Mutter" anerkannt und geschätzt wurde, da er als ältester von 5 Söhnen die Liebe seiner eigenen Mutter hatte entbehren müssen.

Die außerordentlich starke und infantil anmutende Mutterbindung der Patientin läßt sich aus folgenden Sätzen ersehen: "Ich hänge an meinen Kindern sehr, aber meine Mutti ist für mich alles. Ich würde nie alleine ziehen ect."

Bei der Klinikaufnahme "zitterte die gepflegte 36jährige Patientin am ganzen Leibe" und weinte ununterbrochen. Der Kontakt ließ sich nur unzureichend herstellen, da die Patientin auf alle Fragen nur monoton ihre panische Angst vor Spritzen äußerte. Es bestand eine habituelle Angsthaltung, so daß bereits das Denken an bestimmte Situationen (z. B. der Unfall) bei der Patientin eine starke auch vegetative Reaktion auslöste, wie Pupillenerweiterung, Tachycardie, Blässe, Schwitzen und ein Zittern am ganzen Körper. Es ließen sich keinerlei Orientierungsstörungen und keine inhaltlichen Denkstörungen eruieren. Suicidalität war nicht objektivierbar.

Hinzu kamen leichte Intoxikationserscheinungen wie verlangsamte Sprache, Konzentrationsschwierigkeiten, verlangsamtes Denken, bedingt durch die Sedativa, die die Patientin zur Bekämpfung ihrer Angstzustände in der letzten Zeit vor der Aufnahme zu sich genommen hatte.

Schon ein paar Tage nach Klinikaufnahme hatte sich der Zustand der Patientin subjektiv und objektiv auffallend gebessert. Ihre Ängstlichkeit war verschwunden und sie verwendete wieder viel Sorgfalt auf ihr Äußeres. Daß sie so häufig und so lange Zeit vor dem Spiegel stand, brachte sie sehr bald in Konflikt mit ihren Mitpatientinnen, zu denen sie insgesamt kein positives Verhältnis entwickeln konnte. Es kam häufig zu Streitereien und mit ihren aggressiven Ausbrüchen verschonte sie auch Pflegepersonal und Ärzte nicht. Von dem Ehemann, der sie im Gegensatz zu ihrer Mutter und ihren Söhnen besuchen durfte, erfuhren wir, daß auch im häuslichen Bereich heftige Streitereien nicht selten seien.

Die gynäkologische Anamnese, der körperliche und neurologische Befund waren, mit Ausnahme einer zwei Querfinger unter dem Rippenbogen tastbaren Hepar unauffällig.

Nachtrag: Inzwischen war die Patientin weitere drei Male in stationärer Behandlung, davon zwei Mal wegen einer chronischen Intoxikation mit bromhaltigen Schlaftabletten (Bromismus). Die in dieser Zeit durchgeführten EEGs wiesen Veränderungen auf, die im Rahmen von Stoffwechselstörungen angetroffen werden (Intoxikation), insbesondere wenn diese als zusätzliche Komponente mit einem cerebralen Entwicklungsrückstand zusammen treffen.

Fall Nr. 10/MR, 35 Jahre.

Die Einweisung erfolgte wegen eines mißglückten Suicides (mit Schlaftabletten) und vorher bestehenden "depressiven Verstimmungen". "Eigentlich wollte ich erst Pflanzenschutzmittel schlucken, aber das soll die Därme verätzen, da wäre ich ja einen fürchterlichen Tod gestorben. Da habe ich doch lieber Schlaftabletten genommen."

Die Patientin war als das Jüngste von 4 Kindern als ausgesprochenes Nesthäkchen aufgewachsen. Die attraktive und musikliebende, aber mit den Kindern strenge Mutter, hatte den Sohn zu ihrem Lieblingskind erkoren; der Vater hingegen achtete darauf, daß auch die drei Töchter weniger das Putzen, als vielmehr ihre Schularbeiten für wichtig hielten. Besondere Sorgfalt ließ er seiner Jüngsten angedeihen, der schon damals "jeder Wille durchging", auch als sie dann eine Zeitlang wegen räumlicher Enge bei Onkel und Tante wohnte. Während die Mutter die Kinder, vor allem die Töchter, bisweilen auch mit dem Kochlöffel traktierte, griff der Vater nie zu "tätlichen" Erziehungsmaßnahmen. Angeblich ist die Patientin ab etwa 14 Jahren, wenn sie Kummer hatte, mit Büchern, einem Zelt und Decken in den Wald ausgewichen, wo sie auch übernachtet haben will.

Nach vollendetem 17. Lebensjahr ging sie, gegen den Wunsch des Vaters, nach H., um eine Krankenschwestern-Ausbildung zu machen. Sie wechselte nach Vollendung der Ausbildung etwa 6 mal den Arbeitsplatz um dann, nach der ersten "schweren Depression", die zur Zeit der Heirat ihrer Lieblingsschwester ausbrach, etwa ein halbes Jahr zuhause zu wohnen. Später versorgte sie dann das 1959 geborene Kind ihrer Schwester eineinhalb Jahre lang. Die Patientin berichtet, daß sie auch heute noch sehr kinderlieb sei, in ihrem Zimmer lauter Babybilder aufgehängt und viele Stofftiere in ihrem Bett habe. Ihr Wunsch nach eigenen Kindern ist bis heute nicht in Erfüllung gegangen (zwei Fehlgeburten).

Damals arbeitete die Patientin wieder als Kinderschwester, erst privat, dann in einem Spastikerzentrum. 1964 heiratete sie einen 25 Jahre älteren Mann, den sie in einer Zeit kennengelernt hatte, als gerade ihr Vater gestorben war und die Ehefrau des Mannes mit Brustkrebs im Endstadium im Krankenhaus lag und später starb. Sie hatten sich gegenseitig getröstet, der Mann sei besonders zärtlich zu ihr gewesen und hatte sie "so richtig in die Liebe eingeweiht". Die starke, auch sexuelle Verbundenheit dauerte etwa 2 Jahre und flaute dann merklich ab. Nach häufiger auftretenden Depressionen "suchte die Patientin erst einen Heilpraktiker auf", der sie mit Beschwörungen und Magnetismus heilen wollte. Aber die Patientin ließ sich darauf nicht ein und wird nach Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung unter anderem auch mit Elektroschock behandelt (1965 und 1966). 1966 und 1967 hatte sie jeweils eine Fehlgeburt, die sie schwer belastete. Im Juni 1967, nach einem Streit mit dem Arbeitgeber, kündigt die Patientin ihre Stellung, da sie sich seit einiger Zeit auch nicht wohl fühlt, wieder von depressiven Stimmungen geplagt wird und erst gesund werden will. Am gleichen Tag springt sie, direkt von der Arbeitsstelle kommend, in suicidalen Absicht ins Wasser, wird aber gerettet.

Im August 1967 wird die Patientin zum ersten Mal in die hiesige Klinik aufgenommen. Sie wies keinerlei inhaltliche Denkstörungen auf, litt aber unter ausgeprägten Vitalstörungen. Nach der Entlassung folgte eine kurze Zeit völligen Wohlbefindens. Die Patientin wechselte den Beruf, arbeitete jetzt als Kontoristin, weil sie das für weniger anstrengend hielt, mußte aber bald erfahren, daß sie diese Tätigkeit auch viel weniger befriedigte ("Bürotrott"). Der Ehemann war ihr bei aller Hausarbeit sehr behilflich und verwöhnte sie sehr, was sie, zusammen mit seinem großen Verständnis für ihre Krankheit, dankbar hinnimmt. Andererseits kann sie oft einen unwiderstehlichen Drang ("im krankhaften Zustand") ihn zu quälen, nicht unterdrücken: so schleicht sie ihm einmal, als er in den Keller ging um

etwas zu holen, nach und sperrte den nur mit einem Schlafanzug bekleideten Mann für etwa eine Stunde im dunklen Keller ein. Hinterher hatte der Mann sie wie ein ungezogenes Kind "versohlt".

Bei kleinen Ärgernissen gerät sie in unlenkbare Erregungszustände, schreit laut, randaliert, zertrümmert Mobiliar und ist aggressiv gegen den Ehemann. Sie berichtet über eine ausgeprägte Zerreißwut "aber erst seit ich verheiratet bin."

Vor dem letzten Suicidversuch hätten der Arzt und der Mann ihren Androhungen so lange nicht geglaubt, bis sie "am Boden lag und nur so zuckte".

Der psychische Befund bei der Aufnahme bietet keinerlei Hinweise auf eine endogene Depression; vielmehr schildert die Patientin flüssig und mit lebhafter Mimik und Gestik, besonders unter Einsatz ständiger, kindlich-mitleidheischer Augen-aufschläge ihre Leiden. Eine psycho-experimentelle Prüfung kann auf Grund ihrer immer wieder erfolgenden Hinweise auf ihre Unfähigkeit zu denken ("wegen der Depressionen") nicht zustande kommen. Als sie sich endgültig für nicht genügend ernst genommen glaubt, springt sie erbost auf und verläßt türknallend den Raum. Weitere Kostproben ihrer Zornmütigkeit folgen: Als sie wegen eines Vorfalls zur Rede gestellt wird, fällt sie, (nach Erwähnung eines früher absolvierten Judokurses) über eine Ärztin her und versucht sie zu Boden zu werfen. Auffallend waren dabei ihre formal wie inhaltlich infantilen Sprechweise bzw. Äußerungen. Am Nachmittag des gleichen Tages produziert sie einen explosiven Wutanfall im Krankenzimmer, wirft einen Teller mit Spaghetti durch die Luft, das Bettzeug nimmt den gleichen Weg, wobei sie laut schreit, daß sie nach Hause wolle und vor sich hinjammert "ich will mein Fanta wieder haben". Sie wirkt dabei wie ein kleines Kind, das seinen Willen nicht bekommen hat. Später folgen noch weitere, für die Mitpatienten furchterregende Erregungszustände.

Von den erhobenen Befunden ist nur ein Schädel-Röntgenbefund zu erwähnen (s. Tab. V), eine Schädelasymmetrie, die im Sinne einer frühkindlichen Entwicklungsstörung zu deuten ist, auch wenn kein objektivierbarer PEG-Befund zu erheben war. In den Gesprächen mit der Patientin fällt immer wieder eine verblüffende Veränderung von Tatsachen auf (z. B. des Vaters Beruf: einmal Musiklehrer, einmal Steuerbeamter). Manchmal kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die Patientin die Tatsachen entsprechend ihren Bedürfnissen ungeniert verändert. Ähnliches gilt auch für die absolute Unverlässlichkeit von Zahlenangaben. Daraufhin angesprochen, geht die Berichtigung der Tatsache jeweils in einem großen Wortschwall unter. Die Patientin versucht die Ref. dauernd dazu zu

bewegen, geäußerte Meinungen und Begründungen ihrer Handlungen zu bestätigen und gut zu heißen. Schwankungen von Stimmung und Konzentration weisen eine auffallende Parallellität mit dem emotionalen Gehalt des gerade besprochenen Themas auf; ein unangenehmes Thema bringt eine alsbaldige Verschlechterung und zusätzlich flammt eine mehr oder weniger starke Aggressivität gegen die Ref. auf.

Fall Nr. 6/KE

Bei der Aufnahme zeigte die 24jährige Patientin ein stark betontes, aber wenig vorteilhaftes Make-up der Augen; ihr Kinn wies deutliche Spuren von mehreren aufgedrückten Pickeln auf. Sie hatte ein großes Kopftuch umgebunden. Der Kontakt mit ihr ließ sich sehr gut herstellen. Sie bemühte sich um eine detaillierte Darstellung aller Einzelheiten ihrer Krankheit. Man gewann den Eindruck, daß die Patientin viel über sich nachgedacht hat und ihre Probleme des öfteren den Ärzten berichtet hat.

Die Patientin stammt aus einem Modegeschäft, der Vater ist 71 Jahre alt. Sie hat noch einen älteren Bruder, der einmal das Geschäft übernehmen soll. Sie berichtet, daß ihr in ihrer Kindheit wegen ihres netten Aussehens und freundlichen Wesens viel Bewunderung gezollt wurde. Sie schildert diese Zeit als schön und unbeschwert. Die Schwierigkeiten begannen im 13. Lebensjahr. Ihre Mitschülerinnen in der Mittelschule bekamen die ersten Regelblutungen und wurden deswegen vom Turnen befreit. Bei der Patientin jedoch blieben sowohl die Blutungen als auch die Entwicklung der Brüste aus. Die Patientin erlebte deswegen ein starkes Gefühl der Benachteiligung und des Ausgeschlossenseins; sie empfand das als "Makel", beschloß ihn zu verheimlichen und zu überspielen (führte z. B. auch ein Heftchen, in das sie eintrug, wann immer sie nicht turnen konnte). Sie betonte immer mehr ihr Äußeres, speziell ihr Gesicht. Später erhielt sie eine Hormonbehandlung durch einen Gynäkologen. Daraufhin traten im 16. Lebensjahr zwar die ersten Blutungen ein, die erhoffte Brustentwicklung blieb aber aus. Sie kaschierte dies, indem sie Schaumgummieinlagen trug. Im Sommer jedoch im Bikini trug sie sogar einen Heftpflasterverband, der den Eindruck erwecken sollte, daß sie voll entwickelte Brüste habe. (Ein Foto zeigt den guten Effekt.)

Die Patientin umgibt sich mit attraktiven Männern und versucht mit allen Mitteln, sehr "sexy" zu wirken. Sie lebt aber dauernd unter dem Druck, daß man ihre

körperliche Unreife entdecken könnte. (Vor allem auch ihr Vater weist sie immer wieder auf ihr "noch-Kindsein" hin. Sie hatte mit verschiedenen Freunden sexuelle Beziehungen, zog aber ältere Männer vor, da sie bei ihnen ihre körperliche Unvollkommenheit besser verbergen konnte, da diese "Herren" rücksichtsvoller waren. Unter dem Vorwand einer häßlichen Narbe an der Brust behielt sie immer ihren BH an. Ihre sexuelle Erlebnisfähigkeit war dadurch erheblich gestört und sie erreichte nur selten einen Orgasmus.

Die große Störung dieses labilen Arrangements war das Auftreten von Pickeln im Gesicht. Sie lösten eine überschießende depressive Reaktion aus. Sie drückte so viel daran herum, daß sie sich nicht mehr unter die Leute traute. Schließlich brachte sie sich Kratzwunden mit einer Nadel bei, durch die der Eindruck entstehen sollte, daß das Gesicht durch äußere Einwirkung so verändert worden sei. Dabei wurde sie mehr und mehr depressiv verstimmt, verlor das Interesse an ihrem Äußeren und fand das Leben nicht mehr lebenswert. In solcher Stimmung, während einer Autofahrt, gab sie absichtlich die Kontrolle über ihren Wagen auf und führte so einen Zusammenstoß mit einem entgegenkommenden Fahrzeug herbei. Der Unfall war nicht schwer, es entstand nur Blechschaden.

An Befunden ist eine hormonelle Insuffizienz zu erwähnen, der Gonadotropinwert lag unter 5 IE (11. 2. 70; Normalwert 20-40 IE). Daraufhin erfolgte eine Lyndiol-Behandlung. Desweiteren ist ein Nebefund des Schädel-Röntgenbildes erwähnenswert: Ponticulus am Atlasbogen, ein aus liegengebliebenem Keimmateriale (aus versch. Tomomeren) entstandener Knochenbogen zwischen Lig. occipitale und Atlasbogen, im Sinne einer Hemmungsmißbildung zu interpretieren.

Folgende testpsychologischen Befunde wurden erhoben: deutlich unterdurchschnittliche Intelligenzleistungen beim reduzierten WECHSLER-Intelligenztest; schwache Entwicklung der optischen Gestalterfassung, Beobachtungsgenauigkeit und auch des Wissensstandes. Die Abstraktionsfähigkeit war normal funktionstüchtig.

Unter der medikamentösen Behandlung erfolgte eine schnelle Besserung. Die Patientin machte von der Klinik aus reichlich Männerbekanntschaften und drängte auf eine beschleunigte Entlassung, weil sich eine sehr enge Freundschaft mit einem wesentlich älteren verheirateten Mann entwickelt hatte, mit dem sie eine Flugreise zu machen gedachte.

Einem späteren Brief des Hausarztes ließ sich entnehmen, daß die Patientin ihre Flugreise durchgeführt hat und jetzt mit dem Mann zusammenlebt, der sich scheiden lassen will. Sie selbst ist nach M. gezogen und hat mit ihrem Freund bereits ein Geschäft eröffnet.

3.2. Untersuchungen zur Aggressivität.

Die "Untersuchung der Aggressivität" gestaltet sich, entsprechend der weiter oben dargestellten Komplexität schwierig.

3.2.1. Wir beschränken uns hier auf die Darstellung einer orientierenden Selbsteinschätzung der Aggressionsstärke durch die Patientinnen (Tabelle X a). Die Tabelle enthält außerdem eine Aufstellung von fakultativ vorhandenen, als Konversionssymptomatik angesehenen Beschwerden.

Die darauffolgende Tabelle X b schlüsselt die Art der jeweils vorhandenen Aggressivität näher auf.

Tabelle Xa. Selbsteinschätzung der Aggressivität.

Fall Nr.	stark	mäßig	gering	keine	"Konversionssymptomatik"
1	-	-	x	-	-hartnäckige Beschwerden (neurologisch) an re. Schulter, re. Arm. Kopfschmerzen, Taubheitsgefühl.
2	-	-	-	x	-als Kind starke Kopfschmerzen.
3	-	-	x	-	-psychasthenische Angstzustände in geschlossenen Räumen.
4	x	-	-	-	-
5	-	-	-	x	-Schwindelzustände, Höhenangst, leichte Claustro- u. Agoraphobie
6	x	-	-	-	-
7	x	-	-	-	-
8	-	-	x	-	-
9	-	-	-	x	-"komische Zustände" von Somnambulismus bei nervl. Belastung.
10	x	-	-	-	-
11	-	-	x	-	-
12	-	x	-	-	-Kopfschmerz
13	-	x	-	-	-
14	x	-	-	-	-starke habituelle Angsthaltung mit entsprechenden physiologischen Äquivalenten.
15	-	-	x	-	-Kopfschmerzen, Erschöpfung, Antriebslosigkeit, schlechter Schlaf;
	33 %	13,2 %	26 %	18 %	48,2 %

Nach den Aussagen dieser Tabelle scheint eine gewisse negative Korrelation zwischen "starker Aggressivität" und dem Auftreten von "Konversionssymptomatik" zu bestehen: Patientinnen, die sich selbst als mit "gering bzw. gar nicht" aggressiv einschätzen, zeigen eher vegetative Störungen, die man evtl. als Konversionssymptomatik einschätzen kann.

Tabelle Xb. Beschreibung der Aggressivitätsformen.

Fall Nr.	
1 EP	"Wut auf Ärzte, Pfleger und Patienten; Erregungszustände mit Hin- stürzen, Röcheln etc."
2 EG	Selbstaggression in Form eines Suicidversuchs
3 ER	aggressive Gefühle gegen die Mutter
4 GC	dem Vater gegenüber voller Aggressionen; leicht reizbar, Wutausbrü- che, Weinkrämpfe; Geschrei ("wie am Spieß") und heftige Beschimpfun- gen, um etwas zu erreichen bzw. wenn etwas nicht so wie gewünscht verläuft; sehr trotzköpfig, provozierend und streitsüchtig; nach Liebes- kummer - Selbstmordversuche; "unglaubliche Wutausbrüche".
5 JC	Nägelkauen
6 KE	Beibringen von Kratzwunden im Gesicht mit einer Nadel; starke Reiz- barkeit und absichtliches Herbeiführen eines (leichten) Unfalls
7 KJ	Selbstaggression: Abschneiden aller Haare (kahlgeschoren); schon als kleines Kind störrisch und trotzköpfig, jetzt immer noch; ist oft "pam- pig", ärgert sich über alle Kleinigkeiten und reagiert darauf mit ag- gressiven Explosionen
8 KA	Suicidversuch; Schreikrämpfe, wobei sie sich auf dem Boden wälzt; dauernde Zerwürfnisse und Streitereien mit dem Freund bis zur Tren- nung von ihm; oft querulatorisch
9 KC	berichtet keine
10 MR	zwei Suicidversuche (einmal "ins Wasser gegangen"); explosive Wut- ausbrüche; wirft z. B. mit Bettzeug und vollen Tellern umher und jam- mert dabei "ich will nach hause, ich will mein Fanta wiederhaben" etc.; schimpft heftig gegen das Krankenhaus und die Ärzte, sie fällt sogar einmal über eine Ärztin her und versucht sie von einem Stuhl auf den Boden zu werfen; heftige Erregungszustände.
11 MG	möglicherweise Tabletteneinnahme in suicidaler Absicht-Autoaggr.
12 SM	Autoaggressives völliges Abschneiden der Haare; Launenhaftigkeit; "Kämpfernatur".
13 SE	Selbstaggression-Suicidversuch; macht häufig "Szenen".
14 TA	heftige Aggressionen gegen Ehemann und Familie; allgemeine Gereizt- heit.
15 WB	keine Angaben

3.2.2. Fragebogenuntersuchung (N=6).

Eine Gruppe von sechs Patientinnen wurde noch zusätzlich einer Fragebogenuntersuchung unterzogen. Verwendet wurde der F-Aggressionsfragebogen von SELG (s. Diagnostik der Aggressivität, Göttingen 1968; und Bericht über den F-Aggressionsfragebogen, Stand Sept. 1969. s. Anhang).

Die 88 Items des Fragebogens sind im einzelnen in den Anhang aufgenommen. Ebenfalls dort zu finden ist die genaue Verteilung der Items auf die von SELG getroffene Einteilung in fünf Faktoren (spontane Aggressivität, reaktive Aggressivität, Erregbarkeit, Selbstaggression und Aggressionshemmung). Die auf dieser Faktoreneinteilung beruhenden und von uns rechnerisch dargestellten Ergebnisse haben selbstverständlich im Hinblick auf statistische Aussagekraft ausschließlich beschreibenden Charakter.

Tabelle XI bringt die numerische Auswertung der beantworteten Fragebogen, nach Faktoren geordnet. Der Faktor O beinhaltet die sog. Offenheitsskala, die eine gewisse Kontrollmöglichkeit der "Ehrlichkeit" bieten soll. Da in keinem Fall die Zahl unter dem kritischen Wert von 4 liegt, brauchen wir uns damit nicht weiter zu befassen.

Tabelle XI.

Fall Nr.	Faktor I	II	III	IV	V	O	Σ
2	3	2	3	9	8	7	25
3	3	0	9	4	6	7	22
6	8	10	12	5	5	10	40
10	5	7	11	9	6	7	38
11	0	0	2	7	4	7	13
14	9	10	10	6	3	7	38
Σ	28	29	47	40	32	35	

Die Mittelwertsberechnung erfolgte nach der Formel (n. CLAUSS & EBNER 1971)

$$M = \frac{\sum x}{n} \quad (x = \text{Anzahl der Items mit "ja",} \\ n = \text{Anzahl der Probanden})$$

und die Berechnung der Streuwerte nach der Formel (n. CLAUSS & EBNER 1971)

$$s^2 = \frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)} ; s = \sqrt{s^2}$$

Als Vergleichswerte wurden aus der Normentabelle von SELG (s. Anhang) die Werte zweier Kollektive entnommen:

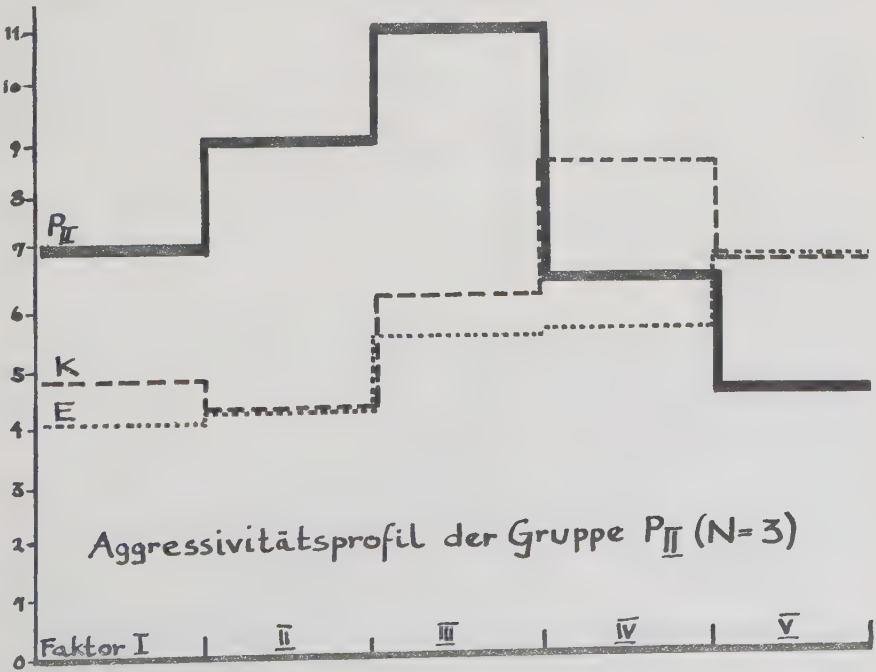
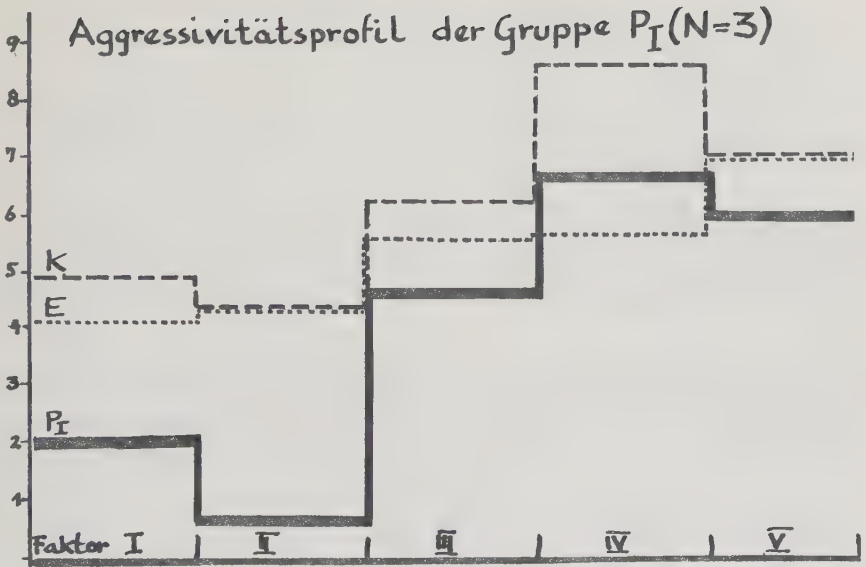
1. Weibliche erwachsene Patienten (n=41) der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Freiburg (Gruppe K).

2. Einstichprobe: weibliche Personen zwischen 15 und 40 Jahren (n=160) ohne nähere Angaben (Gruppe E).

Nachdem die relativ hohen Streuwerte für unsere eigene Gruppe P (n=6) auf die Inhomogenität der Stichprobe hinwies, wurde die Gruppe nochmals in P_I (n=3) und P_{II} (n=3) unterteilt. Als Unterscheidungsmerkmal diente die Summe der mit "ja" beantworteten Items. Die durchschnittliche Summe lag bei der Gruppe P_I (Fälle Nr. 2, 3, 11) bei 20; die der Gruppe P_{II} (Fälle Nr. 6, 10, 14) lag bei 38. Aufgrund getrennter Berechnungen konnte für beide Gruppen ein "Aggressivitätsprofil" erstellt werden (s. Abb.).

Tabelle XII.

	Faktor I		Faktor II		Faktor III		Faktor IV		Faktor V	
	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
Gruppe P (N=6)	4.66	3.38	6.83	4.86	7.83	4.27	6.66	2.07	5.33	1.75
Gruppe K (N=41)	4.85	-	4.22	-	6.20	-	8.64	-	6.93	-
Gruppe E (N=160)	4.09	3.09	4.30	2.38	5.52	3.21	5.54	3.02	7.00	-
Gruppe P_I (N=3)	2.00	1.73	0.66	1.14	4.66	3.77	6.66	2.51	6.00	2.00
Gruppe P_{II} (N=3)	7.33	2.08	9.00	1.52	11.00	1.00	6.66	2.45	4.66	1.52



3.3. Auswertung der Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung.

Die Ergebnisse der aufgestellten Aggressionsprofile lassen sich wie folgt vergleichend darstellen:

1. Die Profile der Gruppen P_I und P_{II} unterscheiden sich deutlich voneinander; die Gruppe P_{II} hat größere Werte als P_I bei den Faktoren spontane Aggressivität, reaktive Aggressivität und Erregbarkeit, wobei die Erregbarkeit am höchsten, nämlich fast dreifach so hoch ist wie bei P_I . Faktor IV Selbstaggression ist in beiden Gruppen etwa gleich hoch. Faktor V Aggressionshemmung ist in P_{II} gegenüber P_I etwas herabgesetzt.
2. Bei Betrachtung des Profils von P_I im Vergleich mit dem Profil der Gruppe K fällt auf, daß das Profil der Gruppe K (weibliche Patienten einer psychosomatischen Abteilung) eine (den absoluten Höhenunterschied ausgenommen) fast identische Verlaufsform hat. Im Vergleich zum Profil der "Normalfrauenstichprobe" E weisen die "psychosomatische" und unsere eigene "weniger aggressive" Gruppe P_I im Punkte Selbstaggression höhere Werte auf.
3. Im Profil der "aggressiveren" Gruppe P_{II} liegen die Faktoren I-III im Vergleich mit den Gruppen K und E deutlich höher; Faktor II reaktive Formen der Aggressivität und Faktor III Erregbarkeit sind jeweils fast doppelt so hoch. Faktor IV liegt etwas höher als bei der Normalstichprobe E aber deutlich niedriger als bei der Psychosomatischenstichprobe K. Der Faktor V Aggressionshemmung ist bei P_{II} gegenüber beiden Vergleichsgruppen deutlich erniedrigt.
4. Diesen "Vergleichsergebnissen" kann auf Grund statistischer Tatsachen nur tendenzieller und beschreibender Aussagewert beigemessen werden.

4. Diskussion.

Die Auswahl der 15 Fälle war nach keinem genauer spezifizierten Kriterium als der Diagnose "Hysterie" erfolgt. Obwohl die Krankengeschichten der untersuchten Patientinnen keineswegs unter Beachtung besonderer Punkte geführt worden waren und sich auch die Untersuchung der Patientinnen an allgemeine Richtlinien hielt, konnten wir nach Fertigstellung der tabellarischen Informationssammlung eine gute Übereinstimmung mit dem von uns unter 2.7. herausgearbeiteten "Immaturitätssyndrom" feststellen.

Das wirft die Frage auf, ob wir das Problem "Hysterie" etwa nur scheinbar, mit Hilfe eines Nomenklaturtricks, gelöst haben? Wenn dies, wie wir meinen, nicht zutrifft, dann werden die in den Tabellen gesammelten Daten für die Genese des

Syndroms potentielle Wertigkeit haben. Es interessiert uns besonders die genetische Abhängigkeit des Erscheinungsbildes vom pathologischen Prozeß: wieso tritt bei ätiologisch formal vergleichbaren Faktoren, z. B. einer diskreten Reifungsstörung des Gehirns, die beobachtbare Verhaltensstörung einmal mehr im vegetativ-emotionalen, ein anderes Mal mehr im affektiv-kommunikativen Bereich auf?

Wir wissen, daß die Genese eines psychopathologischen Symptoms oder Syndroms immer multikausal ist. Die Ursache-Wirkungsketten laufen immer auf verschiedenen Ebenen, sich ineinander verzahnend und überschneidend, sich gegenseitig verstärkend oder abschwächend.

Für das psychopathologische Symptom, das als Verhaltens- bzw. Kommunikationsstörung (= klinisches Erscheinungsbild) beobachtbar wird, sind ganz allgemein folgende "genetische" Faktoren von Bedeutung.

- a) Individualkonstitutionelle und -dispositionelle Faktoren (wobei eine gewisse Interaktion mit der Umwelt bereits eingeschlossen ist).
- b) Umwelteinflüsse (Kultur, Sozialisationsmuster, Milieu etc., wobei vor allem der Zeitpunkt der Einwirkung eine Rolle spielt).

Aber diese Faktoren können in den seltensten Fällen streng voneinander getrennt werden, sie sind vielmehr durch vielfältige Interaktion miteinander vernetzt. Trotzdem kann man eine schwerpunktmäßige Abwägung vornehmen in einen Teil von Faktoren mit vorwiegend aetiologisch-pathogenetischer Bedeutung, und einen anderen Teil, der vorwiegend das Erscheinungsbild des Syndroms prägt.

Im folgenden Überblick sollen die für das Immaturitätssyndrom relevanten Faktoren noch einmal im Zusammenhang dargestellt werden, und zwar zuerst die mehr aetiologisch-pathogenetischen Faktoren:

1. Das Bestehen von entwicklungsgeschichtlich vorgebildeten "reflex"-artigen Reaktionsschablonen, die als Schutz- und Fluchtmechanismen "bereitstehen".
2. Intrauterin oder bei der Geburt erworbene, z. T. ganz diskrete Schädigungen des ZNS, die Ansätze für asymmetrische Entwicklungen und Retardierungen bieten.
3. Varianten der Konstitution, die vor allem aus dem unterschiedlichen Reifungstempo und dem Zurückbleiben einzelner Funktionen entstehen und später als Teilinfantilismen imponieren können.

4. Störungen speziell des hypophysär-diencephalen Systems mit psychosexuellen Infantilismen, Störungen der Sexualfunktion und des ganzen Endokriniums.

Diese ganzen Störungen lassen sich meist mit einer sorgfältigen Untersuchungstechnik, sowie Röntgen-, Hormonaktivitäts- und auch EEG-Untersuchungen erfassen. Sie sind häufig hinter einer großen Anzahl von sog. Normvarianten verborgen mit nur ganz geringen Hinweisen auf Reifungsstörungen.

Die Einwirkung der Umwelt, die Rollenforderungen, die die Umwelt an solche "abweichenden" Konstitutionen stellt, werden von den meisten dieser Individuen als Überforderung, Stress etc. erlebt und tatsächlich stellen sie ja auch, relativ betrachtet, Überforderungen dar. Dies trifft natürlich besonders die Individuen, deren Reifung nur teilweise retardiert ist, deren z. B. normal entwickelte Intelligenz ein starkes Zurückgebliebensein der affektiven Kräfte nicht erwarten läßt. Sie werden sozusagen von ihrer Umwelt "falsch eingeschätzt". Eine Gefahr, in die jene, deren Konstitution und Entwicklung als Ganzes "zu kindlich" geblieben ist, nicht so leicht kommen.

Erst das Zurückbleiben isolierter Anlagen erzeugt und verstärkt jene "Notlagen", die, um sich aus ihnen zu befreien, starke problemlösende und angstabwehrende Verhaltensweisen im Gefolge haben. Diese aber sind dann oft, aus verständlichen Gründen, weder "angemessen" noch "erfolgreich"; sie stammen aus der Beziehungswelt infantiler "coping strategies".

Aber nicht nur die geforderte Lösung von Problemen, die von außen herangetragen werden, sondern auch die innerpsychischen Ungereimtheiten bei der Persönlichkeitsentwicklung wirken als eine Art Spannungsgenerator, der das Individuum in den psychosozialen Interaktionen ständig verunsichert und seine kommunikative "Zielsicherheit" empfindlich stört.

Die im folgenden zu behandelnden Umweltfaktoren, die ganz allgemein (aber im besonderen natürlich auf dem schwankenden Boden des immaturen, infantilen Persönlichkeitskonglomerats) die Ausprägung der verschiedenen Erscheinungsbilder von Verhaltens- und Kommunikationsstörungen beeinflussen, wurden unter 2.6. (der soziale Bezug) in allen wichtigen Punkten angesprochen. Wir sind der Meinung, daß wir da die eigentlich das Bild des Syndroms prägenden Komponenten zu suchen haben: die destrukturierende Dynamik solcher "Krankheit" kommt aus der destruktiven Dynamik der Gruppe (Gesellschaft) und nicht umgekehrt.

Das Auftreten von Infantilismen wird auch durch die Zeitverhältnisse gefördert; die äußeren Umstände leiten mehr zu einer Übereinstimmung mit der Umwelt nach außen, als zu einer Einheit mit sich selbst nach innen und zu einer Persönlichkeitsentwicklung hin. Wieder besteht die Gefahr in einem Zurückbleiben der affektiven Kräfte hinter einer durchaus altersgemäß entwickelten Intellektualität.

Auf dem aetiologisch-pathogenetischen Boden der somatischen und somatopsychischen Retardierung entsteht immer wieder die Situation des Überfordertseins. In einer gewissen Nähe dazu befindet sich das patriarchalisch geprägte, projektive Bild der Frau: das infantil-töchterliche Wesen, der "Engel", die eigentlich nie erwachsen und selbständig zu werden brauchen, weil ja immer ein Vater (Beschützer) da ist. Wir wollen hier nicht noch einmal die verschiedenen projektiven Verklammerungsmöglichkeiten anführen und auch nicht die vielfältigen Färbungen, die das daraus entstehende Rollenspiel annehmen kann.

Grundlegend wichtig scheint uns vor allem der a priori eingeschränkte Erwartungshorizont bezüglich der weiblichen, sozialen Kommunikationsmöglichkeiten (der "Rollen"). (Weder die zu verzeichnenden Ausnahmen, noch die "Emanzipierungsbewegung" entwerten die unverminderte Wirksamkeit dieser Feststellung!) Das schließt ein, daß der Zugang zum Erlernen dieser Rollen begrenzt, wenn nicht gar verhindert wird, vor allem durch informelle Behinderung, einer Art "Nicht-Akzeptierens" als vollwertigen Träger bestimmter Rollen und als Kommunikationspartner. Diese immer wieder erlebte Diskriminierung, d. h. die von außen askribierte und erzwungene Zugehörigkeit zu einer "minderen" Gruppe, bleibt natürlich nicht ohne Folgen für das Verhalten der Frauen. Allerdings wirkt diese Diskriminierung, diese von außen erzwungene "Gruppenmitgliedschaft" bei Frauen (im Gegensatz zu anderen diskriminierten Gruppen) keineswegs "gruppenbildend", stärkend und solidarisierend. Vielmehr wird die einzelne Frau, je weiter die Isolierung fortschreitet, dazu neigen, sich praeformierten Bildern anzugleichen, um überhaupt eine Interaktionsbasis zu haben. Sie rechtfertigt somit schließlich unter dem Druck von außen das sie diskriminierende Stereotyp. Gerade das angepasste, "normale" Verhalten drückt hier die defiziente und destruisende soziale Rollenfestlegung aus. Betrachten nun außerdem die anderen die sozial-zugewiesene Rolle als diskreditierendes "Stigma" ¹⁾, so werden die Interaktionsmöglichkeiten noch gefährlicher beschnitten, da sich dann die Diskriminierung unmittelbar auf die Trägerin der Rolle ausdehnt.

1) unter solchem Blickwinkel betrachtet wird das Decouvrierende der Bezeichnung "hysterische Stigmata" vollends deutlich

Als mögliche "Bewältigungsstrategien" bleiben,

1. die Unterwerfung unter das typisierende "Sex-role-stereotype" und
2. die Auflehnung dagegen, wobei man offenen und verdeckten Widerstand unterscheiden muß.

Die Unterwerfung unter das von außen oktroyierte Typisierungsschema bringt das Gefühl der Resignation, der Fremdheit und der Unzufriedenheit. Die Ausprägung des schließlich dargebotenen "Bildes der Frau" hängt natürlich auch von den "Darstellungskünsten" ab. Alle infantilen, magischen oder heroischen Vorstellungen finden darin einen gewissen Niederschlag. Diese kulminieren dann in der Entwicklung eines Verhaltensrepertoires, das ausschließlich dazu dient, eine dramatisierte Darstellung der Frau als "Engel", "Vamp", als "Sexbombe" oder als ausschließlich "gute Mutter seiner Kinder" zu bringen. Im Unterschied zu den geforderten Rollenleistungen sind die geforderten Ich-leistungen relativ gering; eine deprivierende "Normierung" (z. B. "die moderne Frau") greift Platz und erfährt auch im institutionalisierten Bereich des "ehelichen Alltags" ihre Verstärkung. Unter dieser Deprivation leiden natürlich beide Partner, nur stehen dem Mann eine Vielzahl anderer Interaktionsebenen offen, die Kompensationsmöglichkeiten bieten.

Ein Ausweg aus einer solchen äußerlich "geordneten" Situation - während die inneren Spannungen immer weiter anwachsen - ist die Flucht bzw. das Hineingleiten in einen Bereich, in dem keine Leistungs- und Rollenanforderungen gestellt werden, z. B. eine "psycho-somatische" Erkrankung.

Ein anders gearteter Versuch mit der Stigmatisierung zurechtzukommen besteht in Techniken, die meist als "legitim" akzeptiert werden: eine Frau kann z. B. ihre "weiblichen Eigenschaften" "einsetzen", um damit ein Ziel zu erreichen oder Abwertungen zuvorkommen. Dieses "stigma management" (GOFFMAN) setzt allerdings einen gewissen Abstand von den Rollennormen voraus.

Die Auflehnung gegen das Stereotyp kann einmal als offener Widerstand sich formieren; als provokante Übertreibung askribierter Eigenschaften, die bestimmte z. B. sexuelle Vorstellungen beim Partner wecken aber keineswegs erfüllen wollen, sozusagen den Jäger in seinen eigenen Fallen fängt. Weil die Rolle der Frau als sich unterwerfendes Sexualobjekt sozusagen spezifisch ist, ist der Widerstand auf dieser Ebene besonders effektiv und auch dementsprechend böser Kritik unterworfen ("Penisneid"!).

Gerade von dieser Eigenschaft des Sexualobjekts wollen die Mitglieder der "Women's Liberation-Bewegung" die Frau befreien und zwar durch die wiederum provozierende Betonung ihres Subjektcharakters gerade auf diesem Gebiet, eine andere Art von Widerstand gegen die Diskriminierung.

Diese offenen Formen des Widerstands setzen alle eine ziemliche Souveränität gegenüber den geltenden Rollennormen voraus.

Das ist anders bei den Formen, die wir "verdeckte" genannt haben. Eine von ihnen besteht in einem ziemlich konsequenten Ignorieren der stigmatisierenden Wirkungen des Stereotyps. Diese Frauen üben z. B. einen Beruf aus, der sie ausfüllt, und im übrigen meiden sie nach Möglichkeit die Mehrzahl der sozialen Rollenforderungen bewußt, und nutzen die Kompensationsmöglichkeiten auf anderen selbstgewählten Interaktionsebenen. Die Gefahr dieser, sowie aller anderen Formen des Widerstands liegt in einem wachsenden "Kontaktverlust" (DREITZEL) zu der suprematistischen Gruppe der Männer und damit im Verlust jeder Einwirkungsmöglichkeit auf die diskriminierenden Rollenzuweisungen und dem Verlust einer Vielzahl von sozialen Kommunikationsebenen.

Die Gefahren der "Unterwerfung" liegen dementsprechend mehr in Richtung des Verlustes einer wachsenden Persönlichkeitsdifferenzierung und Selbstwerdung.

Der andere, der uns hier besonders interessierende Weg des "verdeckten Widerstandes" ist das "eigensinnige" Verharren oder immer Zurückkehren in das "Mooratorium" der Adoleszenz; in jene "psychosoziale Karenzzeit" (E. H. ERIKSON) in der verschiedene Probe-Identitäten "durchgespielt" werden. Sie stellt nicht zuletzt deshalb eine Identitätskrise dar. Frauen, deren somatopsychische Individualkonstitution jene oben beschriebenen Retardierungen aufweisen, sind für solche Verhaltensweisen prädisponiert (abgesehen davon kommt der als "weiblich" apostrophierte Verhaltenskanon mit seiner infantil-töchterlichen Grundnote solchem Verhalten durchaus entgegen!). Unter solchen Bedingungen kommen dann auch entsprechende Inszenierungstechniken des Verhaltens zum Tragen: sie stammen teilweise noch aus kindlichen "Beständen" und sind teilweise eben "spielende" (dramatisierte) Darstellungen der eigenen Vorstellung von dieser oder jener weiblichen Eigenschaft oder Verhaltensweise. Auch das unkritische, z. B. die eigene Mutter nachahmende Verhalten ist von Bedeutung.

Aus all dem resultieren Eigenschaften wie Suggestibilität und Ablenkbarkeit, starke Erregbarkeit und eine "chamäleonartige" und impulsive Färbung der Rollensinszenierungen, die natürlich oft überschießend sind. Starke Phantasietätigkeit,

aber auch krisenhafte Unsicherheit in Bezug auf die eigene Ich-Identität, bringen eine mehr oder weniger starke Neigung zur Beteiligung und "Verführung" des jeweiligen Interaktionspartners mit sich, z. B. um ihn positiv für sich einzunehmen. Diese "Verführungsversuche" kommen natürlich ohne erotische oder sexuelle Untertöne und Bezüge nicht aus und werden, je nach der "Ansprechbarkeit" des Partners als angenehm oder unangenehm empfunden.

Zusammenfassend können wir sagen, daß sich auf dem Boden konstitutioneller, somatopsychischer Entwicklungsrückstände und geprägt von dem Wechselspiel mit den diskriminierenden, sozialen Rollenzuweisungen, besondere Verhaltens- und Kommunikationsstörungen entwickeln. Sie können als einmalige regressive Reaktion unter Stresseinfluß oder als häufiger bzw. dauernd geübtes Verhalten vorhanden sein. Ihrem Wesen nach sind sie ein Ausweichen in den "Experimentier- oder Freiraum" der Adoleszenz. Sie verwenden also auch infantile Rollenspielspieltechniken. Das Demonstrative der Symptomatik z. B. kann aus der "Primitivreaktion" seine "Mechanik" und seine "Unschuld" beziehen. Die Rollentechniken rufen, da sie appellativ und oft provokativ gemeint sind, im Interaktionspartner (z. B. dem Untersucher) häufig irritierende Emotionen hervor.

In einem größeren Zusammenhang stellen diese Verhaltensweisen einen Widerstand gegen die Unterprivilegierung, Diskriminierung und die Kontaktverluste dar; hier jedoch, unter der Praedisposition der aetiologisch-pathogenetischen Retardierungsfaktoren verschiedenster Stärke und Ausprägung, müssen wir sie als Reaktionen auf die speziellen Überforderungen und Rollenunsicherheiten ansehen.

Unter dem Aspekt dieser Ausführungen lassen sich die Daten unserer Tabellen unschwer einordnen, obwohl deutlich wurde, daß das Syndrom ein außerordentlich vielfältiges Bild bietet. Die Wertigkeit der einzelnen Komponenten läßt sich naturgemäß nicht immer so eindeutig wie in Fall Nr. 6 festlegen.

Das Syndrom können wir in 12 von den 15 Fällen diagnostizieren. Verhaltensauffälligkeiten im beschriebenen Sinne konnten in 10 Fällen (Nr. 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15) = 67% nachgewiesen werden, deutliche körperliche Retardierungszeichen im 5 Fällen (Nr. 1, 3, 6, 10, 15) = 33 %; elektroencephalographische Zeichen für Funktionslabilität und das deutliche bzw. vermehrte Auftreten von (4-6/sec) Thetaaktivität wurde in 6 Fällen (Nr. 6, 8, 9, 12, 13, 14) = 40 % beobachtet.

Diese "Inkongruenz" liegt teilweise an der ungenauen Methodik der Datensammlung und teilweise an der verschiedenen Wertigkeit, die die einzelnen Faktoren

für die Ausprägung des Syndrombilds haben.

Die Fälle Nr. 2, 8, 11 fallen, allem Anschein nach, aus dem Rahmen des Syndroms. Die Symptomatik wird beherrscht von infantilen, unangepaßten Verhaltens- und Reaktionsweisen (s. Tab. II); dysmnestische Störungen und vegetative Störungssyndrome werden beobachtet. Es fällt auf, daß in keinem Fall eine Affektion des motorischen Systems, etwa in Form einer psychogenen Lähmung gesehen wurde. Eine Tatsache, die einerseits mit der Auswahl dieses Patientenguts (aus rein psychiatrischen, nicht neurologischen Abteilungen) zusammenhängen kann; andererseits könnte sie einen Hinweis darauf bieten, daß die psychogene Lähmung als psychogene Reaktionsform etwas in den Hintergrund getreten ist. Eine Feststellung, die in die gleiche Richtung wies, wie die Angaben mehrerer Autoren über eine allgemeine Zunahme der neurovegetativen und Schmerzsymptomatik (RIGOTTI, PURTELL et al., LJUNGBERG u. a.).

4.2.

Die Beobachtungen zur Aggressivität lassen sich wie folgt resümieren:

Die hauptsächlich beobachteten Formen (s. Tab. Xb) stellen also eine defiziente Regulation der Affektivität bzw. Aggressivität dar und bevorzugen die infantilen bzw. pubertären, "explosiven" Formen.

Da aber "heftige Aggressivität" bei Frauen gesellschaftlich eher als nicht-angepaßt und abweichend gilt, können und müssen wir hier wiederum eine Beziehung zu der "Widerstandsgruppe" gegen die spezifisch weiblichen Rollennormen sehen, und zwar eine Verbindung zu jener Gruppe, die immer wieder in adoleszente Verhaltensweisen "flüchtet".

Das "Aggressivitätsprofil" unserer "aggressiveren" Gruppe P_{II} unterstützt eine solche Vermutung: die Werte für "spontane und reaktive Aggressivität" und "Erregbarkeit" sind höher als bei allen verglichenen Gruppen, wobei die "Erregbarkeit" absolut den höchsten Wert aufweist. Außerdem ist die "Aggressionshemmung" absolut am niedrigsten.

Ganz anders verläuft das Profil unserer "weniger aggressiven" Gruppe P_I : am höchsten ist der Wert für den Faktor "Selbstaggression", nur wenig niedriger der Faktor "Aggressionshemmung", am niedrigsten der Wert für den Faktor "reaktive Formen der Aggressivität". Die starke Ähnlichkeit des ganzen Profilver-

laufs mit dem der "psychosomatisch erkrankten Gruppe", und der Hinweis auf das nur in geringem Maße vorhandene, da für Frauen gesellschaftlich ja verpönte, aggressive Reagieren - diese beiden Hinweise lassen uns vermuten, daß die Mitglieder dieser Stichprobe eher der Gruppe von Frauen angehören, die sich an die Rollenforderungen anpassen. Diese scheinen unter Belastung leichter in Richtung der psychosomatischen Reaktionen (Erkrankungen) auszuweichen. Das würde bedeuten, daß diese Gruppe, ihrem aggressiven Verhalten nach, in unserer Patientinnengruppe Ausnahmen darstellten. Tatsächlich sind auch zwei von den drei Fällen (Nr. 2 und 11) schon unter den Kriterien des Immaturitätssyndroms aus dem Rahmen gefallen. Dies ¹⁾ stützt indirekt unsere Annahme, daß die in der von uns untersuchten Patientengruppe zu erwartenden Aggressivitätsformen geprägt sind von mangelhafter Affektsteuerung, die sich in der leichten Auslösbarkeit heftiger, überschießender Reaktionen ausdrückt. Aus der häufigen Verwendung von "Explosionen" als problemlösenden Strategien läßt sich die mangelnde Urteilsfähigkeit in Bezug auf die situative Angemessenheit solcher Strategien ablesen.

4.3. Schlußfolgerungen.

Die multikausale Genese des Immaturitäts-Syndroms erfordert, vor allem im Hinblick auf optimale therapeutische Maßnahmen eine sorgfältige differentialdiagnostische Abklärung; denn es erscheint uns sinnvoller, z. B. im Falle einer geklagten Anorgasmie (die oft als "Frigidität" mißdeutet wird) bei einer phänotypisch hochgewachsenen, langgliedrigen Frau, mit nur gering ausgebildeten sekundären Geschlechtsmerkmalen ("Mannequin-Typ") danach zu forschen, ob sich hinter diesem Symptom nicht eine intersexe Konstitutionsvariante verbirgt, die eher einer Hormonsubstitution bedarf als einer, möglicherweise Jahre dauernden, psychoanalytischen Therapie von vermeintlichen infantilen Triebkonflikten.

In analoger Weise, so meinen wir, sollte der diagnostische Prozeß vorgehen, wenn eine Verhaltensstörung vorliegt, die auf Immaturität bzw. Infantilismen hinweist: am Beginn steht die sorgfältige körperliche, speziell neurologische Untersuchung. Für solchermäßen aufgedeckte, häufig sehr diskrete Fehlentwicklungen

1) Es soll noch einmal betont werden, daß wir nicht der Meinung sind, daß die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung in unserem Falle absoluten und isolierten Aussagewert besäßen. Aber wir glauben, daß ihnen als Glieder in unserer Indizienkette durchaus eine gewisse Bedeutung zukommt.

gen, aufgrund intrauterin oder perinatal erworbener Schädigungen, die sich alle in einer Entwicklungsverzögerung oder -schädigung des Gehirns und seiner Leistungsfähigkeit ausdrücken, ist eine sozialtherapeutische Betreuung Mittel der Wahl. Da meist keine "Heilung" möglich ist, liegen die Chancen in einer Besserung der persönlichen Situation des Patienten, durch Anpassung der vertretbaren Anforderungen an die individuelle Leistungskapazität und die damit verbundene Entlastung von dem oft unerträglichen Überforderungsdruck.

Für Immaturitätssyndrome, deren "dynamischer" Schwerpunkt mehr auf dem sozio-genetischen Sektor liegt, scheinen uns gruppentherapeutische Maßnahmen am geeignetsten. Sie erlauben es am ehesten, in direkter Interaktion neue Reaktionsmuster zu erleben und neue Verhaltensketten zu erproben und zu erlernen. Vor allem können in der Gruppe auch starke destruktive Affekte aufgefangen und einer modifizierenden Bearbeitung unterzogen werden.

Zur gezielten Therapie einzelner Affektionen von motorischen, sensiblen oder mnestischen Funktionen, halten wir, nach Ausschluß neurologischer Erkrankungen, den Versuch mit Hypnotherapie für lohnenswert.

Schließlich braucht nur am Rande erwähnt zu werden, daß plötzlich auftretende Verhaltensstörungen bzw. -änderungen immaturer Prägung besondere Aufmerksamkeit verdienen: sie sind oft Prodromi bzw. Anzeichen schwerer neurologischer (z. B. Hirntumoren, E.m.d.), psychiatrischer (z. B. Psychosen) oder allgemeiner (Stoffwechselerkrankungen, Periarteriitis nodosa etc.) Erkrankungen.

5. Zusammenfassung.

1. Der Zusammenhang zwischen aggressiven Verhaltensweisen und der unter dem Begriff "Hysterie" subsummierten psychischen Symptomatik wird untersucht.
2. Zur Begriffsbestimmung werden zuerst die Möglichkeiten und Schwierigkeiten eines theoretischen Konzepts der Aggressivität referiert und dargelegt: Aggressivität hat zwar konstitutionelle Grundlagen; die Ausformung der Verhaltensmuster jedoch ist erlernt, d. h. sie werden durch die fortgesetzte Einwirkung psycho-sozialer Interaktionen auf das Individuum bestimmt.
3. Anhand einer ausführlichen Übersicht über die Literatur verschiedenster Orientierung wird das Thema "Hysterie" kursorisch umkreist. Es zeigt sich, daß der Begriff infolge seiner Aufblähung vollkommen unklar ist, und nach Meinung mehre-

rer psychiatrischer Autoren nicht nur aus diesen Gründen als diagnostische Kategorie unbrauchbar ist. Die Sachverhalte, die als "hysterische Reaktion", "Angsthysterie" und "hysterische Persönlichkeit" unklar benannt wurden, können als "psychogene Reaktion (Typ: Primitivreaktion)", "phobische Reaktion bzw. phobisches Syndrom" und als "infantile bzw. immature Persönlichkeit" genauer definiert werden.

4. Die oft erwähnte Tatsache, daß die als "Hysterie" beschriebene Symptomatik den Charakter einer karikierenden Beschreibung der Frau mit den Worten von Männern (CHODOFF & LYONS) hat, führte uns zur näheren Beschäftigung mit dem "soziokulturellen Bezug", der Rolle der Frau. Stichworte: "sex-role-stereotype", "Karriere des psychisch Kranken" bzw. Soziogenese abweichenden Verhaltens, Soziogenese der Störungen des Rollenverhaltens und tiefenpsychologisch-kulturelle Aspekte der weiblichen Rollenpathologie.

5. Immaturität wurde als strukturierender Prozeß für ein Syndrom herausgearbeitet, dessen Genese jedoch multikausal ist; und zwar summieren sich meist vorhandene und auch nachweisbare somatopsychische Entwicklungsrückstände mit soziopsychologischen Rollen-an- und -überforderungen und konstituieren ein Immaturitätssyndrom ¹⁾; ein Verhaltenskorrelat, in dem die ganze Skala psychopathologischer Zustände enthalten sein kann, von ganz leichten Störungen bis zu solchen, bei denen der Realitätskontakt fraglich ist.

Allen diesen Verhaltensstörungen gemeinsam ist die Bevorzugung infantiler bzw. adoleszenter Verhaltens-Strategien. Die gesammelten Daten von 12 unserer untersuchten 15 Patientinnen stimmen damit ausreichend überein.

6. Die Untersuchung der aggressiven Verhaltensweisen (bei 6 Patientinnen auch anhand eines Fragebogens) ergaben ebenfalls infantil-adoleszente Charakteristika. Sie werden damit zwar nicht zu den spezifisch-pathognomonischen, aber doch zu den mit ziemlicher Sicherheit erwartbaren Formen aggressiven Verhaltens im Rahmen dieses Syndroms.

1) von uns als Bezeichnung vorgeschlagen.

VI. BIBLIOGRAFIE

ACCORNERO, F.

L'anoressia mentale

Riv. Sper. Fren. 67, 447 (1943)

ALLPORT, G. W.

Becoming

Princeton: Yale University Press 1955

AMMON, G.

Gruppendynamik der Aggression

Berlin: Pöhl-Publikationen 1970

ARNOLD, W., H. J. EYSENCK, R. MEILI

Lexikon der Psychologie, Bd. I, 27 - 37

Freiburg: Herder 1971

ASCHAFFENBURG, G.

Geltungsbedürftige und Geltungssüchtige

Ztschr. ges. Neurol. 88, 601 (1924)

ASTRUP, C., A. FOSSUM, R. HOLMBOE

Prognosis in functional psychoses

Springfield: Charles C. Thomas 1963

ATKIN, E. L.

Aggressiveness in children

New York: 1951

BABINSKI, J.

- Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (pithiatisme).

Chartres 1906

- Hystérie et pithiatisme et troubles nerveuses d'ordre réflexe.

Paris: 2. ed. 1918

BAEYER v., W.

Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktionen in der Gegenwart

Nervenarzt 19, 408 (1958)

BALDUZZI, E.

Organico e funzionale in psichiatria.

Neuropsichiatria 18, 603 (1949)

BANDURA, A.

Social learning through imitation. In: Nebraska Symposium on Motivation.
(M. R. JONES ed.)

Lincoln (Nebraska) 1962

BANDURA, A., D. ROSS, S. A. ROSS

Transmission of aggression through imitation of aggressive models

J. abnorm. soc. Psychol. 63, 575 - 582 (1961)

BANDURA, A., D. ROSS, S. A. ROSS

Imitation of film-mediated aggressive models

J. abnorm. soc. Psychol. 60, 3 - 11 (1963)

BANDURA, A., R. H. WALTERS

-Adolescent Aggression.

New York 1959

-Aggression. In: STEVENSON, H. W., J. KAGAN, C. SPIKERS (eds.): Child
Psychology.

Chikago: Univ. Chikago Press 1963, 364 - 415

-Social learning and personality development.

New York 1963

BATESON, G.

The frustration-aggression hypothesis and culture.

Psychol. Rev. 48, 350 - 355 (1941)

BASAGLIA, F.

L'anoressia mentale é una nevrosi o una psicopatia?

Med. Psicosomat. 4, 475 (1959)

BASAGLIA, F.

Die Institutionen der Gewalt. In: BASAGLIA, F. (hrsg.): Die negierte Institution
oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen.

Frankfurt: Suhrkamp 1971

BASAGLIA F. & F. BASAGLIA-ONGARO

Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle

Frankfurt: ed Suhrkamp 537 (1972)

BEAUVOIR, Simone de

Das andere Geschlecht.

Hamburg: Rowohlt 1951

BECKER, E.

Socialisation, command of performance and mental illness

Amer. J. Soc. 67, 494 - 501 (1962)

BECKER, E.

The revolution in psychiatry: the new understanding of man

New York 1964

BEHRMAN, J.

The visual evoked response in hysterical amblyopia.

Br. J. Ophthalm. 53, 839 - 845 (1967)

BEHRMAN, J., R. LEVY

Neurophysiological studies on patients with hysterical disturbances of vision.

J. Psychosom. Res. 14, 187 - 94 (1970)

BELLONI, G. B.

In discussione a B. DISERTORI: Aspetti strutturali ed etiopatogenetici delle nevrose.

Riv. Neurobiol. 10 (Suppl.) 1384 (1964) (zit. n. RIGOTTI)

BELLONI, G. B., & H. TERZIAN

Autonomic nervous system and mental pathology

Akt. Fragen Psychiat. Neurol. 4, 139 (1966)

BENEDICT, R.

Patterns of Culture.

Urformen der Kultur.

Hamburg: Rowohlt 1955

BERBLINGER, K. W.

-Hysterical crises and the question of hysterical character.

Psychosomatics 1, 270 (1960)

-The quiet hysteric and his captive respondent.

Dis. Nerv. Syst. 21, 386 (1960)

BERGER, D. M.

Hysteria: In search of the animus.

Crompehens. Psychiat. 12, 277 - 286 (1971)

BERKOWITZ, L.

-Some factors effecting the reduction of overt hostility

J. abnorm. soc. Psychol. 60, 14 - 22 (1960)

-Aggression. A social psychological analysis.

New York: Mc-Graw-Hill 1962

-The frustration-aggression hypothesis revisited. In: BERKOWITZ, L. (ed):
Roots of aggression.

New York 1969

BERKOWITZ, L., E. RAWLINGS

Effects of film violence on inhibitions against subsequent aggression

J. abnorm. soc. Psychol. 66, 405 - 412 (1963)

BERLUCCHI, C.

Il carattere isterico ed il carattere desintegrato

Homo 3, 20 (1962)

BERT, J. & J. COURJON

Considérations sur l'électroencéphalogramme des hystériques

Sem. Hop. Paris 25, 2730 (1949)

BINI, L. & T. BAZZI

Psicologia medica

Milano: Vallardi 1954

BINSWANGER, O.

Die Hysterie. In: Spezielle Pathologie und Therapie. Bd. XII

Wien 1904

BLEULER, E.

-Das Faxensyndrom.

Berlin: Springer 1925

-Lehrbuch der Psychiatrie. 10. Aufl. S. 484

Berlin 1966

BLOCQ, P.

Hystérie maniaque infantile

Paris 1890

BLUM, K.

Hysterie. Die abnormen seelischen Reaktionen im Körperlichen. In: G. ASCHAF-FENBURG (Hrsg.) Therapeutisches Handbuch der Psychiatrie, spezieller Teil, 7. Abt., 2. Teil, 2. Hälfte

Leipzig: Deuticke 1927

BONHOEFFER, K.

Allg. Zeitschr. Psychiatr. 68, 371 (1911)

DE BOOR, C.

Hysterie. Konversionsneurotisches Symptom oder Charakterstruktur?

Psyche XX, 588 - 599 (1966)

BRADY, J. & D. L. LIND

Experimental analysis of hysterical blindness

Arch. gen. Psychiat. 4, 331 - 339 (1961)

BRÄUTIGAM, W.

Reaktionen, Neurosen, Psychopathien.

Stuttgart: Thieme 1968

BREHM, M. L. & K. W. BACK, M. D. BOGDONOFF

A physiological effect of cognitive dissonance under stress and deprivation.

J. abnorm. soc. Psychol. 69, 303 - 310 (1964)

BREUER, J. & S. FREUD

Studien über Hysterie.

Wien 1895 (2. Aufl. 1909)

BRIQUET, P.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie

Paris 1859

BROVERMAN, I. K., D. M. BROVERMAN, F. E. CLARKSON, P. S. ROSEN-
KRANZ, S. R. VOGEL

Sex-role stereotypes and clinical judgement of mental health.

J. Consult. Clinical. Psychology 34, 1 : 1 - 7 (1970)

BROWN, F. W.

Heredity in the psychoneuroses

Proc. Roy. Soc. Med. 35, 785 (1942)

BRUN, R.

Allgemeine Neurosenlehre, S. 20 ff

1946

BÜHLER, C.

Theoretical observations about life's basic tendencies.

Amer. J. Psychotherapy 75. 23 - 50 (1968) (zit. n. BROVERMAN et al.)

BUKOWSKIJ, W.

Opposition. Eine neue Geisteskrankheit in der Sowjetunion

München: Hanser 1971

BUSS, A. H.

The psychology of aggression

New York 1961

CALLIERI, B.

Sindrome di GANSER

Enc. Med. Ital. Aggiornamento, Vol. II 1961 (zit. n. RIGOTTI)

CALLIERI, B. & A. SEMERARI
La simulazione di malattia mentale

Roma: Abruzzini 1959

CALMEIL, L. F.

De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle; Descriptions des grandes épidémies de délire, simple ou compliqué, qui ont atteint des populations d'autrefois et régné dans des monastères. Exposé des condamnations, auxquelles la folie méconnaît souvent donné lieu.

Paris: Baillière 1845

CAMERON, N.

Neurosis of later maturity. In: KAPLAN, O. J.: Mental disorders in later life. 2nd Ed.

Stanford: Stanford University Press 1956

CANESTRINI, L., M. MORENO

Studio catamnastico delle personalità nevrotiche

Ed. Ist. Med. Sociale, Roma, 1957

CANNON, W. B.

Voodoo-death.

Amer. Anthropologist 44, 169 (1942)

CATALANO-NOBILI, C., G. CERQUETELLI

Le personalità psicopatiche

Roma: Pozzi 1953

CATELL, R. B.

-Description and measurement of personality

New York: 1946

-Factor analysis

New York 1952

CHARCOT, J. M.

-Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems

Stuttgart: 1. Abt. 1874, 2. Abt. 1878

-Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie

Leipzig-Wien 1886

CHODOFF, P., H. LYONS

Hysteria, the hysterical personality and the "hysterical conversion"

Am. J. Psychiat. 114, 734 (1958)

CLAUSS, G., H. EBNER

Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen

Berlin: VEB Volk und Wissen; Lizenzausgabe von Harri Deutsch, Frankfurt, 1971

CLOW, H. E., E. B. ALLEN

Manifestations of psychoneurosis occurring in later life

Geriatrics 6, 31 - 39 (1951)

COHEN, M. E., E. ROBINS, I. J. PURTELL, M. W. ALTMANN, D. E. REID

Excessive surgery in hysteria

Study of surgical procedures in 50 women with hysteria und 190 controls

J.A.M.A. 151, 977 (1953)

COHN, R. and J. E. NARDINI

The correlation of bilateral occipital slow activity in the human EEG with certain disorders of behavior

Am. J. Psychiat. 115, 44 - 54 (1958 - 1959)

COOPER, D.

Psychiatry and Anti-psychiatry

London 1967

(Frankfurt/M.: Suhrkamp 1971)

CORBOZ, R.

Spätreife und bleibende Unreife

Berlin: Springer 1967

COWEN, E. L.

The social desirability of trait descriptive terms: Preliminary norms and sex differences

J. soc. Psychol. 53, 225 - 233 (1961)

CRANACH, M. v., A. FINZEN

Sozialpsychiatrische Texte

Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972

CROOKES, T. G. & S. J. HUTT

Scores of psychotic patients on the Maudsley Personality Inventory

J. consult. Psychol. 27, 243 (1963)

CULPIN, M., M. SMITH

The nervous temperament

Ind. Health Res. Board Dept., London 61, 1934

CUMMING E., T. CUMMING

-Ego and milieu

New York 1962

-On the stigma of mental illness

Community mental health Journal 1, 135 - 143 (1965)

CURTIUS, F.

Konstitution

Berlin: Springer 1954

DANN, H. D.

-Genetische Aspekte aggressiven Verhaltens.

Z. erziehungswiss. Forschg. 1, 3 - 37 (1967)

-Auswirkungen der Gewährung versus Unterbindung aggressiven Verhaltens auf kognitive Prozesse.

Schweiz. Z. Psychol. 29, 257 - 272 (1970)

-Aggression und Leistung

Stuttgart: Klett 1972

DAVITZ, J. R.

The effects of previous training on post frustration behavior

J. abnorm. soc. Psychol. 47, 309 - 315 (1952)

DE CHARMS, R., E. D. WILKINS

Some effects of verbal expression of hostility.

J. abnorm. soc. Psychol. 66, 462 - 470 (1963)

DELAY, J.

Introduction à la médecine psychosomatique

Paris: Masson & Cie. 1961

DELAY, J., P. PICHOT

Medizinische Psychologie. 2. Aufl.

Stuttgart: Thieme 1968

DELAY, J., H. P. KLOTZ, P. PICHOT, F. WEIL, J. PERSE
Tétanie et hystérie.

Encéphale 50, 437 (1961)

DELGADO, H.

Definición de la histeria

Rev. Psicopath. psicol. méd. 5, 1 - 7 (1966)

DEMANGEAT, M., M. de BOUCAUD

Les psychoses Hystériques: une tentative de réhabilitation.

Ann. Méd. Psychol. 120, 405 (1962)

DE MARTIS, D., G. BRUSA

Reazione psichogene

Torino: Minerva Med. 1960

DE MORSIER, G.

Persönl. Mitteilung an H. EY (zit. n. RIGOTTI)

DIETRICH, H.

Psychiatrie in Stichwörtern

Stuttgart: Enke 1969

DÖRNER, K.

Bürger und Irre

Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt 1969

DOLLARD, J., L. W. DOBB, N. E. MILLER, O. H. MOWRER, R. R. SEARS
Frustration and aggression

New Haven 1939 und London 1944

DONGIER, M., S. DONGIER, H. GASTAUT

La personnalité hystérique. Etudes neurobiologiques

3. Congr. Mondial Psychiat., Montreal 1961

DOSUZZKOV, Th.

Wortlose Kommunikation bei der Hysterie.

Dynam. Psychiat. 1, 2 (1968)

DREITZEL, H. -P.

Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft

Stuttgart: Enke 1972

DURCKHEIM, E.

Regeln d. soziologischen Methode. Hrsg. v. R. KÖNIG

Neuwied 1965

DUVAL, A. M., J. L. HOFFMANN

War med. 1, 854 (1961) (zit. n. Hollender u. Hirsch)

EGGER, M. D., J. P. FLYNN

Effects of electrical stimulation of the amygdalae on hypothalamically elicited
attack behavior in cats

J. neurophysiol. 26, 705 - 720 (1963)

EIBL-EIBESFELD, I.

-Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung

München 1967

-Liebe und Haß

München: 1970

ELHARD, S.

-Tiefenpsychologie. Eine Einführung

Stuttgart: Kohlhammer 1972

-zit. nach einem Vorlesungsmanuskript

ERNST, K.

Die Prognose der Neurosen. 120 jahrzehntelange Katamnesen poliklinischer Fälle

Berlin: Springer 1959

ERNST, K. und C. ERNST

70 zwanzigjährige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen

Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 95, 359 - 415 (1965)

ERIKSON, E. H.

-Childhood and society

New York: Norton 1950

-Identität und Lebenszyklus

Frankfurt/M.: Suhrkamp 1966

ERIKSON, K. T.

Notes on a sociology of deviance. In: H. S. BECKER (Ed.): The other side. Perspectives on deviance. S. 9 - 21

New York 1964

EYSENCK, H. -J.

-Les dimensions de la personnalité

Paris: P. U. F. 1950

-Biological basis of personality

Nature 199, 1031 - 1034 (1963)

EYSENCK, H. -J. und S. RACHMAN

Neurosen - Ursachen und Heilmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie

Berlin: VEB Deutscher Verlag d. Wissenschaften 1970

EYSENCK, H. -J. and G. CLARIDGE

The position of hysterics and dysthymies in a two-dimensional framework of personality description

J. abnorm. soc. Psychol. 69, 46 - 55 (1962)

FERSTER, C. B. & B. F. SKINNER
Schedules of reinforcement.

New York: 1957

FESHBACH, S.

-The drive-reducing function of fantasy behavior

J. abnorm. soc. Psychol. 50, 3 - 11 (1955)

-The catharsis hypothesis and some consequences of interaction with aggressive and neutral play objects.

J. Pers. 24, 449 - 462 (1956)

-The stimulating vs. cathartic effects of vicarious aggressive activity

J. abnorm. soc. Psychol. 63, 381 - 385 (1961)

-The function of aggression and the regulation of aggressive drive

Psychol. Rev. 71, 257 - 272 (1964)

FEYERABEND, K.

Experimentelle Differentialdiagnostik bei Annahme von Psychogenie

Ztsch. angew. Psychol. Charakterologie 63, 100 (1942) (zit. n. PETRILO-WITSCH I)

FLYNN, J. B.

The neural basis of aggression in cats. In: GLASS, D. C. (ed) Neuropsychology and emotion

New York 1966

FOLLIN, S. & J. CHAZAUD & L. PILON

Cas cliniques des psychoses hystériques

Evol. Psychiat. 26, 257 (1961)

FOUCAULT, M.

-Histoire de la folie

Paris: Librairie Plon 1961

-Maladie mentale et psychologie.

Paris P.U.F. 1954

FOULDS, G. A.

Personality attributes and psychiatric illness

London: Tavistock 1965

FREUD, S.

-Gesammelte Werke. 18 Bde.

London: 1950

-Warum Krieg?

Paris 1933

FRIEDAN, Betty
Der Weiblichkeitswahn oder die Selbstbefreiung der Frau
Reinbeck: Rowohlt 1966

GALLAIS, P. & L. PLANQUES, G. MILETTO
Mesure du seuil myoclonique dans l'hystérie
Rev. Neurol. 82, 587 (1950)

GANSER, S.
Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand
Arch. Psychiat. 30, (1898)

GARFINKEL, H.
Conditions of successful degradation ceremonies
Amer. J. Soc. 61, 420 - 424 (1956)

GASPERO di, H.
Der psychische Infantilismus
Arch. Psychiat. Nervenkr. 43, 28 (1908)

GEORGET, E. J.
Traité des maladies du système nerveux
Paris 1821

GIANELLI, A. & F. ZARATTINI
Considerazioni cliniche e psicopatologiche sui problemi inerenti ai rapporti
tra l'epilessia e l'isteria
Giorn. Psichiat. Neuropat. 93, 1 (1965)

GLUECK, S. & E. GLUECK
Unravelling juvenile delinquency
Cambridge, Mass.: 1950

GOFFMAN, E.
-The moral career of the mental patient
Psychiatry 22, 123 - 142 (1959)

-Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer In-
sassen.
Frankfurt: Suhrkamp 1972

-Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.
Frankfurt: Suhrkamp 1967

GUILLAIN, G.
J. M. Charcot, sa vie, son oeuvre.
Paris: Masson 1955

GUTTMANN, E.

Fortschr. Neurol. 4, 82 (1932)

GUZE, S. B. & M. J. PERLEY

Observations on the natural history of hysteria

Amer. J. Psychiat. 119, 960 (1963)

HACKER, F.

-Aggression.

Wien: Molden 1971

-Materialien zum Thema Aggression

Wien: Molden 1972

HADFIELD, J. A.

Functional nerve disease

London: Chrichton Miller 1920 (zit. n. RIGOTTI)

HALL, O.

The stages of a medical career

Amer. J. Soc. 53, 327 - 336 (1948)

HALLECK, S. L.

Hysterical personality traits. Psychological, social and iatrogenic determinants

Arch. gen. Psychiat. 16, 750 - 757 (1967)

HALLIDAY, A. M.

Computing techniques in neurological diagnosis.

Br. Med. Bull. 24, 253 (1968)

HAMILTON, V.

Conflict avoidance in obsessionals and hysterics, and the validity of the concept of dysthymia.

J. Ment. Sci. 103, 666 (1957)

HARING, C. & K. H. LEICKERT

Wörterbuch der Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete

Stuttgart: Schattauer 1968

HARTMANN, H. & E. KRIS, & R. M. LOEWENSTEIN

Notes on the theory of aggression. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. III/IV, P. 9 - 36

New York: Internat. Universities Press 1950

HEISS, R.

Allgemeine Tiefenpsychologie. 2. Aufl.

Bern 1964

HELLPACH, W.
Sozialpsychologie

Stuttgart 1946 (zit. n. PETRILOWITSCH II)

HERNANDEZ-PEÓN, R. & G. CHAVEZ-IBARRA & E. AGUILAR-FIGUEROA
Somatic evoked potentials in one case of hysterical anaesthesia

EEG & Clin. Neurophys. 15, 889 - 892 (1963)

HERNANDEZ-PEÓN, R. & H. SCHERER & M. JOUVET
Modification of electrical activity in cochlear nucleus during "attention" in
unaesthetized cats.

Science 123, 331 (1956)

HESNARD, A.
L'hystérie, névrose d'expression.

Evol. Psychiat. II, 17 (1936)

HEYMANN, K.
(Hrsg.) Infantilismus.

Psychol. Praxis 16, 1955

HILL, D.
EEG in episodic psychotic and psychopathic behaviour: a classification of data.
Electroenceph.Clin. Neurophysiol. 4, 419 (1952)

HINDE, R. A.
-Energy models of motivation.

Symposia of the Society for Experimental Biology 14, 199 - 213 (1960)

-The nature of aggression.

New Society. 302 - 304 (1967) (zit. n. SCHMIDT-MUMMENDEY)

HIPPOKRATES
Sämtliche Werke. Übers. von R. FUCHS. Bd. III, S. 327, 401 ff, 519 ff.
München 1900

HOCH, P. & P. POLATIN
Pseudoneurotic forms of schizophrenia

Psychiat. Quat. 23, 248 (1949)

HOFMANN, W.
Wissenschaft und Ideologie. In: Universität, Ideologie, Gesellschaft.
Beiträge zur Wissenschaftssoziologie. S. 55

Frankfurt 1968

HØJER-PEDERSEN, W.
The hysterical personality type

Acta psychiatr. Scand. 41, 122 - 128 (1965)

HOLLENDER, H. & S. HIRSCH
Hysterical psychoses

Amer. J. Psychiat. 120, 1066 (1964)

HOVEY, H. B.

Somatisation and other neurotic reactions and M.M.P.I. profile. In: G. S. WALSH & W. G. DAHLSTROM: Basic readings in the M.M.P.I. in Psychology and medicine.

Minneapolis: Univ. Minnesota Press 1956

ICD = International Classification of Diseases

Deutsche Übersetzung der Internationalen Klassifikation der WHO, 8. Revision, und des internationalen Glossars.

MOMBOUR, W. & G. KOCKOTT (Übers.): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Stand: Herbst 1970

Berlin: Springer 1971

INGHAM, J. & J. O. ROBINSON

Personality in the diagnosis of hysteria

Brit. J. Psychol. 55, 276 (1964)

ISRAEL, L., J. C. DEPOUTOT, J.-J. KRESS & J.-P. SICHEL
Hystérie

In: E. M. C. (Encyclopédie médico-chirurgicale): Psychiatrie, tome II, 37340 A¹⁰

Paris: Eds. Techniques 1971

JAECKEL, M. & S. WIESER

Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit

Stuttgart: Thieme 1970

JANET, P.

-L'état mental des hystériques

Paris: Rueff 1893

-The major symptoms of hysteria

New York: Mac Millan 1907

JASPERS, K.

Allgemeine Psychopathologie. 7. Aufl.

Berlin: Springer 1959

JOCHIMSEN, Luc

Frauen in der Bundesrepublik: eine Mehrheit, die sich wie eine Minderheit verhält. In: Kursbuch 17

Frankfurt: Suhrkamp 1969

JOHNSTON, M.
Features of orality in an hysterical character
Psychoanal. Rev. 50, 4, 133 - 151 (1964)

JOUVET, M.
Photically and somaesthetically subcortical electric activity in human being during attention. 5th Intern. Congr. EEG & Clin. Neurophysiol.
Rome 1961, p. 80

JUNG, C. G.
-Psychologische Typen.
Zürich: Rascher 1946

-Über psychische Energetik und das Wesen der Träume
Zürich 1948

JUNG, C. G. & K. KERÉNYI
Einführung in das Wesen der Mythologie
Zürich 1951

KAHN, M. W.
The effect of severe defeat at various age levels on the aggressive behavior at mice.
J. Genet. Psychol. 79, 117 - 130 (1951)

KAHN, R.
Die psychopathischen Persönlichkeiten. In: O. BUMKE: Handbuch der Geisteskrankheiten
Berlin: Springer 1928

KARDINER, A. & A. KARUSH & L. OVESEY
A methodological study of Freudian theory
Int. J. Psychiat. 2, 489 - 541 (1966)

KAUFMANN, H.
Definitions and methodology in the study of aggression.
Psychol. Bull. 64, 351 - 364 (1965)

KAUFMANN, H. & S. FESHBACH
-Displaced aggression and its modifications through exposure to anti-aggressive communications.

J. abnorm. soc. Psychol. 67, 79 - 83 (1963) a

-The influence of anti-aggressive communications upon the response to provocation.

J. Pers. 31, 428 - 444 (1963) b

KENDELL, R. E.

Aggression und Depression. In: M. v. CRANACH & A. FINZEN: Sozialpsychiatrische Texte. S. 233 - 246

Berlin: Springer 1972

KENNEDY, A.

Recent hysterical states and their treatment

J. ment. Sci. 86, 988 - 1019 (1940)

KENNY, D. T.

An experimental test of the catharsis theory of aggression

Ann Arbor, Mich.: 1953

KEUPP, H.

-Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen.

München: Urban & Schwarzenberg 1972 a

-Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. In: Fortschr. Klin. Psychol. Bd. 2

München: Urban & Schwarzenberg 1972 b

KOGAN, W. S. & R. QUINN & A. F. AX & H. S. RIPLEY

Some methodological problems in the quantification of clinical assessment by Q array.

J. Consult. Psychol. 21, 57 - 62 (1957) (zit. n. BROVERMAN)

KRAEPELIN, E.

Psychiatrie. 8. Aufl. Bd. IV

Leipzig: Barth 1915

KRAIKER, Ch.

Hysterie. In: Hysterie, Leistungsstörungen, Legasthenie.

München: Akadem. Buchhandlung 1972

KRANZ, H.

Die Entwicklung des Hysteriebegriffs.

Fortschr. Neurol. Psychiat. 21, 341 (1953)

KRAULIS, W.

Zur Vererbung der hysterischen Reaktionsweise

Zschr. Neurol. Psychiat. 136, 174 (1931)

KRETSCHMER, E.

-Hysterie. Reflex und Instinkt. 5. Aufl.

Stuttgart: Thieme 1948

-Psychotherapeutische Studien.

Stuttgart: Thieme 1949

-Medizinische Psychologie. 11. Aufl.

Stuttgart: Thieme 1956

KRETSCHMER, W.

Reifung als Grund von Krise und Psychose.

Stuttgart: Thieme 1972

KRIEGER, H.

Angst vor dem Frieden. In: Die Zeit 5. Juni 1970

Hamburg 1970

KRILL, A. E.

Retinal function studies in hysterical amblyopia

Am. J. Ophthalm. 63, 230 - 237 (1967)

KRONFELD, A.

Sexualpathologie. In: Hdb. Psychiat. Bd. VII, Hrsg. G. ASCHAFFENBURG

Leipzig: Deuticke 1923

KUHN, Th. S.

Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.

Frankfurt 1967

KUIPER, P. C.

Die seelischen Krankheiten des Menschen. Psychoanalytische Neurosenlehre.

Bern/Stuttgart: Huber/Klett 1969

LAING, R. D.

-Undurchschaubarkeit und Evidenz in modernen Sozialsystemen. In: Kursbuch 16

Frankfurt: Suhrkamp 1969

-Phänomenologie der Erfahrung.

Frankfurt: Suhrkamp 1969

-Das geteilte Selbst. Eine existenzielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn.

Köln: Kiepenheuer & Witsch 1972

LAPLANCHE, J. & J.-P. PONTALIS

Vokabular der Psychoanalyse

Frankfurt: Suhrkamp 1972

LANGE, J.
Leistungen der Zwillingspathologie für die Psychiatrie
Allg. Ztschr. Psychiat. 90, 122 (1929)

LEIBER, B., G. OLBRICH & G. SCHEIBE
Die klinischen Syndrome. 5. erw. u. überarb. Aufl., Bd. I und II
München: Urban & Schwarzenberg 1973

LEMERT, E. M.
-Social pathology. S. 75 ff
New York 1951

-Human deviance, social problems and social controll. S. 4 off.
Englewood Cliffs, N. Y. 1967

LEMPERIERE, T. & J. PERSE & M. ENRIQUEZ
Symptomes hystériques et personnalité hystérique.
Rapp. 63^o Congr. Psychiat. Neurol. Langue Franc. Lausanne 1965

LERSCH, Ph.
Aufbau der Person. 7. Aufl.
München 1956

LEUBUSCHER, R.
Der Wahnsinn in den letzten vier Jahrhunderten
Halle 1848

LEVINSON, P. K. & J. P. FLYNN
The objects attacked by cats during stimulation of the hypothalamus.
Animal Behavior 13, 304 - 308 (1965)

LEWIS, W. C. & M. BEHRMAN
Studies of conversion hysteria.
Arch. gen. Psychiat. 13, 275 - 282 (1965)

LINDBERG, B. J.
The hysteroid personality attitude - does it exist?
Acta psychiat. Scand. Suppl. 169, 1963

LJUNGBERG, L.
Hysteria. A clinical, prognostic and genetic study.
Acta Psychiat. Scand. Suppl. 112. 1957

LORENZ, K.
Das sogenannte Böse.
Wien: Borotha-Schoeler 1963

LOUYER-VILLERMAI

Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Paris 1816

LUDWIG, A. M.

Hysteria. A Neurobiological Theory.

Arch. Gen. Psychiat. 27, 771 - 777 (1972)

LUNDBERG, D. & J. WALINDER

Anorexia nervosa and signs of brain damage.

Internat. J. Neuropsychiat. 3, 165 - 173 (1967)

MAGAZINER, D.

The reduction of hostility without catharsis

Paper presented at meetings of East. Psychol. Ass.

Philadelphia 1961

MALLET, B. L. & S. GOLD

A pseudoschizophrenic hysterical syndrome

Br. J. med. Psych. 37 (1964)

MALMO, R. B.

Activation: a neurophysiological dimension.

Psychol. Rev. 66, 367 - 386 (1959)

MANTELL, D. M.

Familie und Aggression

Frankfurt: S. Fischer 1972

MARCUSE, H. & A. RAPOPORT, & K. HORN, A. MITSCHERLICH, D. SENGHAAS & M. MARKOVIC

Aggression und Anpassung in der Industriegesellschaft

Frankfurt: Suhrkamp 1969

MASLOW, A. H.

Motivation and personality

New York: Harper 1954

MAYER-GROSS, W., E. SLATER & M. ROTH

Clinical Psychiatry, 3. ed.

London: Baillière, Tindall & Cassell 1970

MCDONNELL, M. F. & J. B. FLYNN

Sensory control of hypothalamic attack

Animal Behavior 14, 399 - 405 (1966)

MCGHIE, A.

Studies in cognitive disorder in schizophrenia. In: A. COPPEN & A. WALK:
Recent developments in schizophrenia.

Ashford: Headly Brothers/RMPA 1967

MCKEGNEY, O.

The incidence and characteristics of patients with conversion reaction

Amer. J. Psychiat. 4, (1967)

MEAD, Margaret

Leben in der Südsee.

München: Szczesny 1965

MICHEL, E.

Zur anthropologischen Deutung der Hysterie. Ein Beitrag zur Neurosenlehre.

Stud. gen. 3, 292 (1950)

MILLER, N. E., R. R. SEARS, O. H. MOWRER, L. W. DOOB & I. DOLLARD
The frustration-aggression hypothesis

Psychol. Bull. 48, 337 - 342 (1941)

MILLETT, Kate

Sexus und Herrschaft

München: Desch 1971

MINTURN, L.

The dimensions of aggression

J. exp. Research. Person. 2, 86 - 99 (1967)

MITSCHERLICH, A.

Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität.

Frankfurt: Suhrkamp 1969

MITSCHERLICH, A.

(Hrsg.) Bis hierher und nicht weiter.

München: Piper 1968

MÖBIUS, P. J.

-Über einige Unterschiede der Geschlechter. In: Stachyologie.

Leipzig 1901

-Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. In: Stachyologie.

w. o.

MONTAGU, M. F. A.

Man und Aggression.

New York: Oxford University Press 1968

MORLAN, G. K.

A note on the frustration-aggression theories of DOLLARD and his associates
Psychol. Rev. 56, 1 - 8 (1949)

MOYER, K. E.

-Kinds of aggression and their physiological basis

Communications in Behavioral Biology, Part A, 2, 65 - 87 (1968) a

-A preliminary physiological model of aggressive behavior.

Paper presented at the AAAS Symposium on fighting and defeat

December 1968 b

-Internal impulses to aggression.

Transactions of the New York Academy of Sciences.

Ser. II, 31, 104 - 114, (1969) a

-The physiology of aggression and the implications for aggression control.

Paper presented at the symposium on aggressive behavior at the

City University of New York 1969 b

NAVE-HERZ, R.

Das Dilemma der Frau in unserer Gesellschaft. Der Anachronismus in den
Rollenerwartungen.

Neuwied: Luchterhand 1972

NEMIAH, J. C.

Neurotic Aggression. In: American Handbook of Psychiatry. Vol. III

New York: Basic Books Inc. 1966

NEUMANN, E.

-Ursprungsgeschichte des Bewußtseins.

Zürich: Rascher 1949

-Zur Psychologie des Weiblichen

München: Kindler tb o. Jz.

-Die Große Mutter

Zürich: Rhein-Verl. 1956

NUNNALLY, J. C.

Popular conceptions of mental health.

New York 1961

OPPENHEIM, H.

-Die traumatischen Neurosen

Berlin 1892

-Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 6. Aufl. 2. Bd.

Berlin 1913

PARIN, P.

Der Ausgang des ödipalen Konfliktes in drei verschiedenen Kulturen. In: Kursbuch 29

Berlin: Kursbuch Verlag Wagenbach 1972

PARIN, P., F. MORGENTHALER & G. PARIN-MATTHÉY

Fürchte Deinen Nächsten wie dich selbst. Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in Westafrika

Frankfurt: Suhrkamp 1971

PARSONS, T.

Definition von Krankheit und Gesundheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: MITSCHERLICH, A. et al.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft.

Köln: Kiepenheuer & Witsch 1967

PECHSTEIN, J., J. KUGLER, H.-D. PACHE, A. ROSS & H.-M. WEINMANN
Zusammenhänge zwischen EEG-Schätzalter und psychomotorischem Entwicklungszustand bei Kindern aus Säuglingsheimen.

Nervenarzt 42, 2; 79 - 85 (1971)

PEPITONE, A. & G. REICHLING

Group cohesiveness and the expression of hostility.

Hum. Relat. 8, 327 - 337 (1955)

PETERS, U. H.

Die hysterische Reaktion und die hysteroparen Erscheinungen aus psychogener, somatogener und pharmakogener Ursache.

Nervenarzt 39, 5; 293 (1958)

PETRILOWITSCH, N.

Zur Auflösung des Hysteriebegriffs.

Teil 1: Die hysterische Reaktion

Teil 2: Der hysterische Charakter

Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 78, 159 - 206 (1956)

PIAGET, J.

Psychologie der Intelligenz

Zürich: Rascher 1967

- PITRES, A.
Lecons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme
Paris 1891
- POECK, K.
Neurologie. 2. Aufl.
Berlin: Springer 1972
- POPPELREUTER, W.
Zbl. Neurol. 28, 227 (1922)
- PORTA, S.
Disputa dello eccellentissimo Simone Portio sopra quella fanciulla della Magna ecc. . . in Firenze (anteriore al 1551)
zit. n. ACCORNERO
- PORTMANN, A.
Zoologie und das neue Bild des Menschen
Hamburg 1956
- PROSS, Helge
-Die gesellschaftliche Stellung der Frau in Westdeutschland
Deutsche Rundschau 1. 1958
-Über die Bildungschancen von Mädchen
Frankfurt: Suhrkamp 1969
-Revolte der Frauen.
Stuttgart: Aktion Verlag 1971
- PURTELL, J. G., E. ROBINS & M. E. COHEN
Observations on clinical aspects of hysteria. A quantitative study of 50 hysteric patients and 156 control subjects.
J. A. M. A. 146, 902 (1951)
- RANGELL, L.
The Nature of Conversion
J. Amer. Psyc. Ass. 7, 632 (1959)
- RATTNER, J.
Aggression und menschliche Natur
Olten und Freiburg/Brsgr.: Walter 1970
- REDLICH, F. C. & D.-X. FREEDMAN
Theorie und Praxis der Psychiatrie.
Frankfurt: Suhrkamp 1970

REICHARD, S.

A re-examination of "studies in hysteria".

Psychoanal. Quat. 25, 155 (1956)

RICE, D. G. & N. S. GREENFIELD

Psychophysiological correlates of la belle indifférence

Arch. Gen. Psychiat. 20, 239 - 245 (1969)

RICHER, B.

Etudes cliniques sur la grande hystérie.

Paris 1885

RIGOTTI, S.

Contributo allo studio dell'isterismo.

Rass. Neurol. Veg. 9, 85 (1952)

RIGOTTI, S. & R. HANAU

Contributo clinico alla nosografia dell'isterismo in base ai 1033 casi ricoverati nella Clinica neuropsichiatrica di Bari nel trentennio 1935 - 65

Lav. Neuropsychiat. 34, XX; 103 (1966)

RÖHR, Dorothea

Prostitution: eine empirische Untersuchung über abweichendes Sexualverhalten und soziale Diskriminierung.

Frankfurt: Suhrkamp 1972

ROGERS, C. R.

Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory

Boston: Houghton 1951

ROMBERG, M. H.

Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. 1. Bd. 3. Aufl.

Berlin 1857

ROBINS, E., J. G. PURTELL & M. E. COHEN

Hysteria in men. A study of 38 patients so diagnosed and 194 control subjects.

New Englang J. Med. 246, 678 (1952)

ROSEN, S. R.

Vasomotor response in hysteria.

J. Mt. Sinai Hosp. 18, 179 - 190 (1951)

ROSENBAUM, M. E. & R. DE CHARMS

Direct and vicariuos reduction of hostility

J. abnorm. soc. Psychol. 60, 105 - 111 (1960)

ROSOLATO, G.

Introduction à l'étude de l'hystérie. In: E. M. C. (Encyclopédie médico-chirurgicale): Psychiatrie Tome II, 37 335 A¹⁰ p. 1 - 6

Paris: Eds. Techniques 1971

ROSSINI, R.

Brevi considerazioni in tema di patogenesi e di inquadramento nosografico della anoressia mentale

Riv. Sper. Fren. 83, 36 (1959)

ROVETTA, P.

Sui limiti della volontarietà del sintomo isterico

Arch. Psicol. Neurol. Psichiat. 25, 365 (1964)

RUBINO, A. & S. PIRRO

Psichopatologia delle forme marginali fra nevrosi e schizofrenia

Acta neurol. 9, 1 (1954)

RUNGE, Erika

Frauen: Versuche zur Emanzipation

Frankfurt: Suhrkamp 1970

SACERDOTI, C.

Su di un caso di psicosi isterica in soggetto aderente al "subud".

Arch. Psicol. Neurol. Psichiat. 26, 412 (1965)

SARTESCHI, P.

-Contributo clinico alla sindrome di Ganser

Neuropsychiat. 18, 18 (1952)

-Sulla sindrome di Ganser

Riv. Pat. Ner. Ment. 70, 215 (1949)

SARTESCHI, P. & A. MURATORIO

Le psichonevrosi dell'età senile. Contributo clinico statistico su 170 casi.

Rass. Studi Psichiat. 49, 775 (1960)

SARTRE, J. -P.

Der Narr mit dem Tonband, oder die psychoanalytierte Psychoanalyse

Neues Forum XVI, 705 - 709 (1969)

SAVILL, T. D.

Lectures on hysteria and allied vaso-motor conditions

London: Gleisher 1909

SCOTT, J. P.

Aggression.

Chicago 1967

SCOTT, J. P. & E. FREDERICSON

The causes of fighting in mice and rats

Physiol. Zool. 24, 273 - 309 (1951)

SCHACHTER, S. & J. E. SINGER

Cognitive, social and physiological determinants of emotional state

Psychol. Rev. 69, 379 - 399 (1962)

SCHACHTER, S. & L. WHEELER

Epinephrine, Chlorpromazine and amusement

J. abnorm. soc. Psychol. 65, 121 - 128 (1962)

SCHEFF, Th. J.

Being mentally ill: a sociological theory

Chicago 1966

SCHILDER, P.

Contributions to developmental Neuropsychiatry. (L. BENDER ed.)

London 1964

SCHMIDBAUER, W.

-Zur Anthropologie der Aggression

Dyn. Psychiat. 1, 36 - 50 (1971)

-Die sog. Aggression.

Hamburg: Hoffmann & Campe 1972

SCHMID-MUMMENDEY, A. & H. D. SCHMIDT (Hrsg.)

-Aggressives Verhalten. Neue Ergebnisse der psychol. Forschung

München: Juventa 1971

-Bedingungen aggressiven Verhaltens

Stuttgart: Hans Huber 1972

SCHNEIDER, K.

-Die Daseinsweisen der Hysterie.

Ztschr. Neurol. Psychiat. 82, 275 (1923)

-Klinische Psychopathologie, 9. Aufl.

Stuttgart: Thieme 1971

SCHNEIDER, P. B., G. ASSAL, C. VIGIL, Y. TARDON, J. P. SCHELLHORN,
M. BRUNER, G. C. CHISTONI, P. HERMANN, R. MARGAIRAZ, G. WAGRET
& G. WEINSTEIN

Contribution à l'étude de l'hystérie

Rapp. 63^o Congr. Psychiat. Neurol. Langue Franc. Lausanne 1965

SCHRADER-KLEBERT, K.

Die kulturelle Revolution der Frau. In: Kursbuch 17

Frankfurt: Suhrkamp 1969

SCHULTZ, J. H.

Grundfragen der Neurosenlehre

Stuttgart: Thieme 1955

SEARS, R. R., E. E. MACCOBY & H. LEVIN

Patterns of child rearing

Evanston, Ill. 1957

SELG, H.

Diagnostik der Aggressivität

Göttingen: Hogrefe 1968

SHAPIRO, D., A. B. CRIDER & B. TURSKY

Differentiation of an autonomic response through operant reinforcement

Psychonomic Science 1, 147 - 148 (1964)

SHAW, C. R. & H. MCKAY

Juvenile delinquency and urban areas

Chicago 1942

SIGAL, J. J., K. H. STAR & C. M. FRANKS

Hysterics and dysthymics as criterion groups in the study of introversion-extraversion

J. abnorm. soc. Psychol. 57, 143 (1958)

SIEGMAN, A. J.

Emotionality - a hysterical character defense

Psychoanal. Quat. 25, 155 - 177 (1953)

SJÖBRING, H.

La Personnalité.

Paris: Doin 1963

SKINNER, B. F.

Science and human behavior

New York 1953

SLATER, E.

-The thirty-fifth Maudsley lecture: "Hysteria 311".

J. Ment. Sci. 107, 359 - 381 (1961)

-Diagnosis of "Hysteria"

Br. Med. J. 1, 1395 - 1399 (1965)

SLOTOPOLSKY-DUKOR, B.

Der hysterische Formenkreis

Schweiz. Med. Wschr. I, 301 (1934)

SMYTHIES, J. R., A. COPPEN & N. KREITMAN

Biologische Psychiatrie. Kap. VI

Stuttgart: Thieme 1970

SOLLIER, P.

Génese et nature de l'hystérie

Paris 1897

SOMMER, R.

Diagnostik der Geisteskrankheiten. s. 125 ff.

Wien-Leipzig 1894

STEPHENS, J. & M. KAMP

On some aspects of hysteria: a clinical study

J. Nerv. Ment. Dis. 134, 305 (1962)

STIERLIN, H.

L'agressivité. Essai sur quelques aspects psychiatriques.

Evol. Psychiat. 31, 1; 93 - 105 (1966)

STORR, A.

Human Aggression.

New York: Athenaeum 1968

SYDENHAM, T.

Dissertatio epistolaris de affectione hysterica. London 1682

In: The entire work. ed. J. SWAN

London: 1742

SYLVESTER, J. & L. A. LIVERSEDGE

Conditioning and the occupational cramps. In: H. J. EYSENCK (ed): Behaviour Therapy and the Neuroses

Oxford: Pergamon Press 98, 238 (1960)

SZASZ, T. S.

-The myth of mental illness

American Psychologist 15, 113 - 118 (1960)

-The myth of mental illness

Foundations of a theory of personal conduct.

New York: Hoeber 1961

THIBAUT, J. W.

An experimental study of the cohesiveness of underprivileged groups

Hum. Relat. 3, 251 - 278 (1950)

THIBAUT, J. W. & J. COULES

The role of communication in the reduction of interpersonal hostility

J. abnorm. soc. Psychol. 47, 770 - 777 (1952)

TOURETTE, G. DE LA

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie

Paris 1891

TURINESE, A. & C. RAVENNA

Considerazioni elettroencefalografiche sulle psiconevrose

Giorn. Psichiat. Neuropath. 90, 929 (1962)

VEITH, Ilza

Hysteria, the history of a disease

Chicago-London: Univ. of Chicago Press 1965

WALLON, H.

-De l'acte et de la pensée.

Paris: Flammarion 1942

-Les origines de la pensée chez l'enfant. 3. éd.

Paris: P. U. F. 1963

WALTERS, A.

Psychogenic regional pain alias hysterical pain.

Brain 84, 7 (1961)

WALTON, D. & D. A. BLACK

The application of learning theory to the treatment of chronic hysterical aphonia.

In: H. J. EYSENCK: Behaviour therapy and the neuroses

Oxford: Pergamon Press (1960)

WASMAN, M. & J. P. FLYNN

Directed attack elicited from the hypothalamus

Arch. Neurol. 6, 220 - 227 (1962)

WATTS, C. A. H., E. C. CAWTE & E. V. KUENSSBERG

Brit. med. J. 2, 1351 (1964)

WEISS, E.

Agoraphobia.

New York: Grune & Stratton 1964

WELLECK, A.

Die Polarität im Aufbau des Charakters. S. 273 - 274

Bern 1950

WHITING, J. W. M.

Becoming a kwoma.

New Haven, Conn.: 1941

WHITLOCK, F. A.

The aetiology of hysteria

Acta Psychiat. Scand. 43, 144 - 162 (1967)

WHYTT, R.

Observations on the nature, causes and cure of these disorders which have been called commonly nervous, hypochondriac or hysteric.

Edinburgh 1765 (zit. n. DÖRNER)

WIECK, H. H.

Zum Begriff der Syndromgenese

Med. Welt 22, 1183 - 1185 (1961)

WIENER, M., A. BLUMBERG, S. SEGMAN & A. COOPER

A judgement of adjustment by psychologists, psychiatric workers and college students, and its relationship to social desirability.

J. abnorm. soc. Psychol. 59, 315 - 321 (1959)

WIESER, S.

Devianz und informelle Sanktionen bei psychisch Kranken. In: N. PETRILO-WITSCH & H. FLEGEL (Hrsg.): Sozialpsychiatrie I.

Basel - New York 1969

WILLI, J.

Zur Psychopathologie der hysterischen Ehe.

Nervenarzt 41, 4, 157 - 165 (1970)

WILLIS, T.

An essay of the pathology of the brain and nervous stock. In: The remaining medical works of Willis.

London 1681 (zit. n. DÖRNER)

WINKLER, W. T.

-Konstitutionsvarianten und Neurose

Ztschr. Psychother. Med. Psychol. 4, 137 - 148 (1951)

-Die hysterische Fehlhaltung. In: V. E. FRANKL, V. E. v. GEBSATTEL & J. H. SCHULZ: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. II S. 157 - 187

München, Berlin 1959 - 1961

WISDOM, J. O.

Ein methodologischer Versuch zum Hysterieproblem

Psyche XV, 10, 561 - 587 (1962)

WOLPE, J.

Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.

Stanford: Stanford Univ. Press 1958

WORCHEL, P.

Catharsis and the relief of hostility.

J. abnorm. soc. Psychol. 63, 443 - 445 (1957)

WYSS, D.

Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1966

ZELLER, W.

-Konstitution und Entwicklung

Göttingen: Verl. Psychol. Rundschau 1952

-Entwicklungsdiagnose im Jugendalter

Leipzig: J. A. Barth 1938

ZIEGLER, D. K. & N. PAUL

On the natural history of hysteria in women. (A follow-up study twenty years after hospitalisation)

Dis. Nerv. Syst. 15, 301 (1954)

ZIEGLER, F. J. & J. B. IMBODEN

Contemporary conversion reactions. II. A conceptual model.

Arch. Gen. Psychiat. 6, 279 (1962)

ZIEGLER, F. J., J. B. IMBODEN & E. MEYER
Contemporary conversion reactions: a clinical study.
Amer. J. Psychiat. 116, 901 (1960)

ZUTT, J.
Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 180, 776 (1948)

MILLAR, W. M.
Hysteria - a re-evaluation
J. Ment. Sci. 104, 813 - 21 (1958)

VII. ANHANG

1. Aggressionsfragebogen

Name/Kennziffer: Geschlecht: Alter:

Datum:

Bitte machen Sie einen Kreis um das "ja", wenn diese Antwort auf die entsprechende Frage für Sie zutrifft, und um das "nein", wenn die Frage für Sie nicht zutrifft.

Arbeiten Sie so schnell wie möglich und benutzen Sie die Antwort, die Ihnen zuerst in den Sinn kommt. Es ist unbedingt notwendig, daß alle Fragen beantwortet werden. Bitte antworten Sie, so gut Sie können.

	stimmt	
1. Ich weiß, daß Leute hinter meinem Rücken über mich Schlechtes sprechen.	ja	nein
2. Ich schlage selten zurück, wenn man mich schlägt.	ja	nein
3. Ich verliere schnell meine Beherrschung, aber ich fasse mich auch schnell wieder.	ja	nein
4. Wenn man mir beim Geldwechseln eine Mark zuviel zurückzahlt, und wenn ich dann die Mark einstecke, bekomme ich später große Gewissensbisse.	ja	nein
5. Ich kann so wütend werden, daß ich z. B. Geschirr zer- schlage.	ja	nein
6. Es macht mir offen gestanden manchmal Spaß, andere zu quälen.	ja	nein
7. Wenn mir jemand Unrecht getan hat, wünsche ich ihm eine gesalzene Strafe.	ja	nein
8. Ich glaube, daß man Böses mit Gutem vergelten soll, und ich handle auch dementsprechend.	ja	nein
9. Wird einer aus meinem Freundeskreis angepöbelt, so besor- gen wir gemeinsam die Strafe.	ja	nein
10. Ich habe mitunter Geldsorgen.	ja	nein
11. Ein Hund, der nicht gehorcht, verdient Schläge.	ja	nein
12. Bei Leuten, die etwas freundlicher sind, als ich es er- wartete, bin ich auf der Hut.	ja	nein
13. Wenn ich Zuflucht zu körperlicher Gewalt nehmen muß, um meine Rechte zu verteidigen, so tue ich es.	ja	nein

	stimmt	
14. Zwischen anderen und mir gibt es oft Meinungsverschiedenheiten.	ja	nein
15. Ich glaube, die meisten bösen Handlungen finden einmal ihre Strafe.	ja	nein
16. Wenn ich in Zorn gerate, reagiere ich mich gern in körperlicher Betätigung - wie Holzhacken - ab.	ja	nein
17. Als Kind habe ich manchmal ganz gerne andere gequält, z. B. Arme umgedreht, an Haaren gezogen usw.	ja	nein
18. Ich male mir manchmal aus, wie übel es denen eigentlich ergehen müßte, die mir Unrecht tun.	ja	nein
19. Ab und zu verliere ich die Geduld und werde wütend.	ja	nein
20. Wenn mich eine Fliege ärgert, bin ich erst zufrieden, wenn ich sie gefangen habe.	ja	nein
21. Ich habe vieles falsch gemacht im Leben.	ja	nein
22. Ich habe manchmal das Gefühl, daß andere über mich lachen.	ja	nein
23. Es gab Leute, die mich so ärgerten, daß es zu einer Schlägerei kam.	ja	nein
24. Wenn ich so zurückblicke auf das, was mir alles begegnet ist, bin ich mit meinem Schicksal nicht ganz zufrieden.	ja	nein
25. Der Begriff der "Sünde" ist notwendig, und ich glaube, daß Sünden bestraft werden.	ja	nein
26. Mir hat es als Kind eigentlich Spaß gemacht, wenn andere von Eltern oder von Lehrern Prügel bezogen.	ja	nein
27. Ich hatte schon einmal solchen Zorn auf jemand, daß ich ihm den Tod wünschte.	ja	nein
28. Hin und wieder gebe ich ein bißchen an.	ja	nein
29. Ein Pferd, das nicht gut zieht, soll die Peitsche spüren.	ja	nein
30. Öfter habe ich depressive Stimmungen.	ja	nein
31. Mein Motto ist: vertraue Fremden nie!	ja	nein
32. Ich kann mir keinen triftigen Grund dafür denken, daß man jemanden schlagen muß.	ja	nein
33. Fast jede Woche treffe ich jemanden, den ich nicht leiden kann.	ja	nein
34. Ich tue vieles, was ich hinterher bereue.	ja	nein
35. Einem Menschen, der mich böseartig verlassen hat, wünsche ich eine gesalzene Strafe.	ja	nein
36. Wenn jemand meinem Freund was Böses tut, bin ich dabei, wenn es heimgezahlt wird.	ja	nein
37. Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Schule gekommen.	ja	nein

	stimmt	
38. Ich habe - offen gestanden - schon Tiere gequält.	ja	nein
39. Manchmal bin ich bedrückt, ohne daß ich recht weiß, warum.	ja	nein
40. In den Fällen, in denen ich gemogelt habe, bekam ich unerträgliche Gewissensbisse.	ja	nein
41. Es macht mir Spaß, anderen Fehler nachzuweisen.	ja	nein
42. Gelegentlich kann ich einen Drang, anderen wehe zu tun, nicht beherrschen.	ja	nein
43. Ich stelle mir manchmal vor, daß meinen Widersachern etwas zustößt.	ja	nein
44. Sind wir zu mehreren, so überkommt mich oft eine unwiderstehliche Lust zu groben Streichen.	ja	nein
45. Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge.	ja	nein
46. Das Leben ist so eingerichtet, daß empfindsame Naturen depressiv werden müssen.	ja	nein
47. Wenn ich wirklich wütend werde, bin ich in der Lage, jemandem eine runterzuhauen.	ja	nein
48. Wenn jemand mich schlecht behandelt, so rege ich mich darüber nicht weiter auf.	ja	nein
49. Wenn man mich anschreit, schreie ich zurück.	ja	nein
50. Manchmal habe ich Gedanken, derer ich mich schämen muß.	ja	nein
51. Ich weiß nicht warum, aber manchmal möchte ich etwas kurz und klein schlagen.	ja	nein
52. Es beruhigt mich manchmal, mir wenigstens vorzustellen, daß es widerwärtigen Menschen schlecht ergeht.	ja	nein
53. Nach einer Party habe ich oft Lust, mit den anderen noch irgendwie Leute zu ärgern.	ja	nein
54. Ich muß auch schon mal über einen unanständigen Witz lachen.	ja	nein
55. Ich glaube, ich könnte ein leidenschaftlicher Jäger sein.	ja	nein
56. Bedenkt man alles Leid auf dieser Erde, so kann man eigentlich nur wünschen, nicht geboren zu sein.	ja	nein
57. Wer mich ernsthaft beleidigt, handelt sich eine Ohrfeige ein.	ja	nein
58. Ich lasse mich durch eine Vielzahl von kleinen Störungen nicht aus der Ruhe bringen.	ja	nein
59. Wenn ich wütend bin, sage ich Ungehöriges.	ja	nein
60. Leute, die sich vor der Arbeit drücken, müßten eigentlich ein schlechtes Gewissen haben.	ja	nein
61. Es macht mir Spaß, mit einem Stock Blumen zu köpfen.	ja	nein
62. Ich gehöre leider zu denen, die oft in Wut geraten.	ja	nein

stimmt

- | | | |
|--|----|------|
| 63. Ich gehörte früher zu einer Bande, die durch dick und dünn zusammenhielt. | ja | nein |
| 64. Ich gewinne viel lieber im Spiel mit Gleichaltrigen, als daß ich verliere. | ja | nein |
| 65. Angeln könnte für mich ein gutes Hobby sein. | ja | nein |
| 66. Im Alter von 14 bis 18 hatte ich manchmal Selbstmordgedanken. | ja | nein |
| 67. Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde. | ja | nein |
| 68. Es gibt so viel, worüber man sich ärgern muß! | ja | nein |
| 69. Ich lerne gerne bedeutende Menschen kennen, weil ich mir dann auch wichtiger vorkomme. | ja | nein |
| 70. Ich habe schon mal ernstlich an Selbstmord gedacht. | ja | nein |
| 71. Ich spreche oft Drohungen aus, die ich gar nicht ernst meine. | ja | nein |
| 72. Wenn ich etwas Unrechtes tue, straft mich mein Gewissen heftig. | ja | nein |
| 73. Wenn ich mit einem Bierdeckel spiele, so passiert es leicht, daß ich ihn allmählich in Stücken zerreiße oder ihn durchbohre. | ja | nein |
| 74. Ich mache mich gern über andere Leute lustig. | ja | nein |
| 75. Manchmal macht es mir Freude, Menschen zu verletzen, die ich liebe. | ja | nein |
| 76. Lieber jemandem die Nase einschlagen, als feige sein. | ja | nein |
| 77. Mein Blut kocht, wenn man mich zum Narren hält. | ja | nein |
| 78. Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nichts verstehe. | ja | nein |
| 79. Ich finde, Selbstmörder sind konsequente Menschen. | ja | nein |
| 80. Ich fühle oft, daß ich nicht den richtigen Lebenswandel führe. | ja | nein |
| 81. Ich verbreite manchmal Klatsch über Leute, die ich nicht leiden kann. | ja | nein |
| 82. Ich fühle mich oft wie ein Pulverfaß kurz vor der Explosion. | ja | nein |
| 83. Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft. | ja | nein |
| 84. Ich könnte mir manchmal die Haare einzeln ausreißen. | ja | nein |
| 85. Ich neige dazu, bei Auseinandersetzungen lauter zu sprechen als sonst. | ja | nein |
| 86. Lieber gebe ich mal in einem Punkt nach, als daß ich mich darüber streite. | ja | nein |

	stimmt	
	ja	nein
87. Ich kaue oft auf meinen Lippen oder Fingernägeln.		
88. Ich kann mich erinnern, mal so zornig gewesen zu sein, daß ich das nächstbeste Ding nahm und es zerriß oder zerschlug.	ja	nein

2. Erläuterungen

Pädagogische Hochschule Niedersachsen, Abt. Braunschweig, Lehrstuhl für Psychologie, Prof. Dr. Selg

Bericht über den F-Aggressionsfragebogen (Stand: September 1969)

Der vorliegende Bericht soll über den neuesten Stand der Konstruktion des F-Aggressionsfragebogens (FAF) informieren. Er soll die Angaben der Buchveröffentlichung (Diagnostik der Aggressivität, Göttingen 1968) ergänzen und anstelle des Berichts vom Dezember 1968 treten, dem ein fehlerhaftes Rechenprogramm zugrunde lag.

Es wird nun eine 5-Faktoren-Auswertung vorgeschlagen. Sie basiert auf der 5-Faktoren-Lösung (Hauptachsenmethode; orthogonal nach Varimaxkriterium rotiert) einer annähernd repräsentativen Stichprobe von Einwohnern der BRD über 15 Jahre (N = 630). Diese Stichprobe ist identisch mit der Normstichprobe des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI, früher ALNEV genannt; eine Veröffentlichung wird z. Zt. vorbereitet) von FAHRENBERG und SELG.

Vorweg sei betont: Die Anwendung des FAF empfiehlt sich nicht in Auslesesituationen. Die Normwerte entstammen anonymen Testaufnahmen.

Faktor 1:

19 Items: 6, 17, 23, 26, 27, 38, 42, 43, 44, 51, 53, 55, 61, 63, 71, 73, 74, 75,

81

Dieser Faktor versammelt die Items, welche vorwiegend spontane Aggressionen thematisieren.

Hohe Testwerte: Die Probanden geben körperliche, verbale und phantasierte Aggressionen gegen andere Menschen, gegen Tiere und leblose Objekte zu. Solche Pbn sind wahrscheinlich eher unbeherrscht; sie fühlen sich in der Gruppe "stark"; sadistische Tendenzen sind wahrscheinlich.

Niedere Testwerte: Die Pbn schildern sich als nicht spontan-aggressiv, vielmehr als beherrscht bzw. passiv-ruhig. (Evtl. werden vorhandene Aggressionsneigungen geleugnet; Kontrolle der Offenheits-Items erforderlich.)

Anmerkung zu Faktor 1:

Die Faktorwerte nehmen mit zunehmendem Alter deutlich ab.

Faktor 2:

13 Items: 7, 9, 11, 12, 13, 18, 20, 29, 31, 35, 36, 57, 76.

Dieser Faktor repräsentiert reaktive Formen aggressiven Verhaltens. Diese können auch als gesellschaftlich sanktionierte Formen angesehen werden (was "man", was ein "richtiger Junge" tun darf etc.)

Hohe Testwerte: Entschiedenenes Durchsetzungsstreben bei konformistischer Grundhaltung.

Niedere Testwerte: Mäßigung; Ablehnung eines aggressiven Verhaltensstils.

Faktor 3:

13 Items: 3, 5, 16, 41, 49, 52, 59, 62, 67, 77, 82, 85, 88.

In diesem Faktor sind die Items eingegangen, welche die Affizierbarkeit ansprechen. Er kann als Faktor der Erregbarkeit bezeichnet werden. Hohe Werte sprechen für erhöhte Affizierbarkeit, eine niedrige Frustrationsschwelle, Mangel an Affektsteuerung. Niedere Werte sprechen für Ausgeglichenheit, evtl. Phlegma.

Faktor 4:

13 Items: 1, 21, 22, 24, 30, 34, 39, 50, 56, 68, 70, 79, 84.

Items, die Selbstaggressionen, depressive Stimmungen, Ressentiments und Mißtrauen beinhalten, bilden diesen Faktor. Vereinfacht sei er "Faktor der Selbstaggression" genannt.

Hohe Werte sprechen für depressive Züge, für eine negative Einstellung zum Leben. Oft sind pathologische Störungen im Erleben und/oder Verhalten mit hohen Werten verbunden.

Niedere Werte sprechen für eine ausgeglichene Stimmungslage, evtl. auch für eine unreflektierte Selbstzufriedenheit.

Faktor 5:

10 Items: 2, 4, 8, 15, 25, 32, 40, 60, 72, 87.

Dieser Faktor kann als Faktor der Aggressionshemmung bzw. allgemeiner Gehemmtheit angesehen werden. Diese "Hemmung" bestimmt aber oftmals trotz

stark erscheinender Ausprägung nicht das offene Verhalten. Evtl. kommt nur ein Wissen um die gängigen "Spielregeln" zum Ausdruck.

Sehr hohe Werte scheinen für eine selbstquälerische "Gewissensaktivität" zu sprechen, sehr niedrige Werte eher für skrupellose Einstellungen im sozialen Bereich.

Anmerkung zu Faktor 5:

Die Faktorwerte nehmen mit steigendem Alter zu!

Offenheit:

Die Items 10, 19, 28, 37, 45, 54, 64, 69, 78, 83 bilden zusammen eine Offenheitsskala, die besonders bei Individual-Diagnosen als Kontrolle dienen soll. Bei Werten unterhalb von 4 scheint die Verwertbarkeit des Fragebogens problematisch zu sein; es ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Werte mit steigendem Alter abnehmen.

Die Items 14, 33, 46, 47, 48, 58, 65, 66, 80, 86 entfallen aufgrund niedriger Kommunalitäten oder anderer Mängel.

Mitteilungen von Ergebnissen und Anregungen verschiedenster Art werden dankbar entgegengenommen und bei weiteren Berichten bzw. bei einer endgültigen Veröffentlichung berücksichtigt.

Exemplare des Fragebogens sind bis zur Veröffentlichung zum Selbstkostenpreis von ca. -,16 DM zu beziehen bei: Firma Schumacher, 78 Freiburg, Dreisaumstraße 11.

Normen

	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4		Faktor 5		Offenheit	
	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
<u>Eichstichprobe ♂</u>												
15 - 40 Jahre,	N = 180	5,83	3,99	5,34	2,90	5,52	3,10	5,29	3,05	5,87	-	6,28 1,98
41 - .. Jahre,	N = 131	3,47	3,01	5,34	2,86	5,77	2,95	4,48	2,65	6,76	-	5,39 2,15
<u>Eichstichprobe ♀</u>												
15 - 40 Jahre,	N = 160	4,09	3,09	4,30	2,38	5,52	3,21	5,54	3,02	7,00	-	5,76 2,07
41 - .. Jahre,	N = 151	2,60	2,37	4,05	2,54	5,23	2,82	5,72	2,84	7,63	-	4,91 2,24

Eine differenziertere Aufteilung der Altersstufen ergibt:

<u>Eichstichprobe ♂</u>													
15 - 20 Jahre,	N = 37	7,24	4,16	5,08	2,97	6,00	2,89	5,97	2,87	5,30	2,47	7,00	2,08
21 - 30 Jahre,	N = 75	6,23	4,12	5,63	3,09	5,64	3,19	5,03	2,91	5,69	2,61	6,47	1,79
31 - 40 Jahre,	N = 68	4,62	3,37	5,16	2,59	5,12	3,05	5,22	3,23	6,37	2,06	5,68	1,96
41 - 50 Jahre,	N = 37	3,84	3,46	5,16	2,94	5,84	3,12	4,24	2,50	6,54	2,27	5,62	2,20
51 - 60 Jahre,	N = 61	3,44	2,70	5,30	2,80	5,61	2,78	4,66	2,82	6,89	2,07	5,44	1,97
61 - .. Jahre,	N = 33	3,09	2,96	5,61	2,87	6,00	3,06	4,42	2,45	7,24	1,94	5,03	2,34
<u>Eichstichprobe ♀</u>													
15 - 20 Jahre,	N = 35	5,77	3,32	4,06	2,34	5,20	3,49	5,83	3,30	6,63	2,13	6,54	1,95
21 - 30 Jahre,	N = 74	4,04	3,08	4,08	2,20	5,35	3,29	5,36	3,07	6,69	2,09	6,01	2,00
31 - 40 Jahre,	N = 51	3,00	2,34	4,78	2,57	5,98	2,83	5,61	2,72	7,71	1,75	4,86	1,92
41 - 50 Jahre,	N = 49	3,31	2,52	3,45	2,42	5,31	2,53	5,29	3,01	7,08	2,08	5,67	1,84
51 - 60 Jahre,	N = 60	2,70	2,19	4,42	2,61	5,95	2,82	6,23	2,89	7,80	1,71	4,85	2,41
61 - .. Jahre,	N = 42	1,64	2,11	4,21	2,45	4,10	2,80	5,50	2,41	8,00	1,60	4,10	2,09

Normen

Bundeswehrsoldaten

	N	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4		Faktor 5	
		M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
ca. 20,6 Jahre	N = 128	6,70	3,45	6,19	2,44	6,38	1,37	6,14	2,56	6,17	2,20
Studenten ♂	N = 29	4,65	4,08	3,83	2,20	3,69	2,38	3,83	2,84	4,45	2,42
Studenten ♀	N = 31	3,56	3,09	2,46	2,03	4,42	1,60	3,83	2,64	4,87	2,52
Patienten ♂ *)	N = 29	7,21	4,07	4,76	4,29	6,59	4,98	7,38	2,97	6,03	2,34
bei Unterteilung der Altersstufen:											
≤ 28 Jahre	N = 16	8,70	3,36	6,00	2,62	8,19	2,76	7,69	2,73	6,00	2,15
≥ 29 Jahre	N = 13	5,39	4,10	5,30	3,28	7,22	2,86	7,00	3,21	6,08	2,52
Patienten ♀ *)	N = 41	4,85	-	4,22	-	6,20	-	8,64	-	6,93	-
bei Unterteilung der Altersstufen:											
≤ 28 Jahre	N = 26	5,11	2,87	4,00	2,75	6,05	2,68	8,54	3,12	7,06	2,12
≥ 29 Jahre	N = 15	4,40	2,15	4,60	2,15	6,47	2,21	8,80	2,64	6,71	1,96
Straftäter **)	N = 76	6,14	3,61	5,37	4,90	6,78	2,91	8,63	2,16	5,82	2,51

*) Es handelt sich um erwachsene Patienten der Psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Freiburg

**) Es handelt sich um Straftäter im Alter von 24 bis 40 Jahren, die wegen Eigentumsdelikten und/oder Körperverletzungsdelikten und/oder Sexualdelikten verurteilt waren

Danken möchte ich

Herrn Professor Dr. med. H. Dietrich, leitender Oberarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik München für die Überlassung des Themas und seine Bereitschaft, bei Problemen beratend einzugreifen; ebenso für seine anspornende Unvoreingenommenheit gegenüber neuen Problemlösungen,

Herrn Dr. med. H. Adam, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Lehrbeauftragter an der Fachhochschule München (Abt. Sozialwesen) für seine Bereitschaft zu fruchtbaren Diskussionen,

Frau Dr. med. Gabriele Meyer, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, wiss. Assistentin an der Nervenlinik der Universität München für die freundliche Hilfe und Betreuung,

Frau M. Wolf, Bibliothekarin der Universitäts-Nervenlinik München für ihre Hilfsbereitschaft bei der Suche und Beschaffung von Literatur.

Lebenslauf

Als Tochter des kaufmännischen Angestellten Alfred Renner und seiner Frau, der Sportlehrerin Elisabeth Renner geb. Pflaum wurde ich am 11. 12. 1944 in Burgellern geboren.

Im Herbst 1951 trat ich in die Volksschule ein und wurde im Herbst 1955 in das städtische Mädchen-Real-Gymnasium in Regensburg aufgenommen. Im Juni 1964 legte ich dort die Reifeprüfung ab.

An der Universität München begann ich im WS 1964/65 das Studium an der Philosophischen Fakultät und wechselte nach einem Semester zum Studium der Medizin über. Im SS 1966 legte ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung, im WS 1967/68 die ärztliche Vorprüfung ab, und schloß im Juni 1971 an der Universität München das medizinische Staatsexamen ab. Im September 1973 erhielt ich die Approbation als Ärztin.

Zur Zeit bin ich auf der Neurochirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing als Assistenzärztin tätig.



